

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1906-1907

N° 107

SUR

UN MODE DE TRAITEMENT INTENSIF
PLURIMERCURIEL ET DISCONTINU
DE LA SYPHILIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1907

PAR

Daniel-Martin HIRIGOYEN

Né à Bordeaux (Gironde), le 14 Août 1880

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DUBREUILH	profes. adj.	} <i>Président</i>	
		PICOT	professeur.		
		MONGOUR	agrégé.....		} <i>Juges</i>
		VERGER	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1906-1907

N° 107

SUR

UN MODE DE TRAITEMENT INTENSIF

PLURIMERCURIEL ET DISCONTINU

DE LA SYPHILIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1907

PAR

Daniel-Martin HIRIGOYEN

Né à Bordeaux (Gironde), le 11 Août 1880

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX

Examineurs de la Thèse :

MM. DUBREUILH
PICOT
MONGOUR
VERGER

profes^r adjⁱ. *Président*
professeur.
agrégé..... } *Juges*
agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

439, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

PROFESSEURS :

MM. DUPUY	}	Professeurs honoraires.	
MASSE			
		MM.	MM.
Clinique interne.....	}	PICOT	BLAREZ
		PITRES	GUILLAUD
Clinique externe.....	}	DEMONS	DUPOUY
		LANELONGUE	DE NABIAS
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	}	VERGELY (en congé)	Médecine expérimen- tale.....
		MOVGOUR(ch. du cours)	FERRÉ
Thérapeutique.....	}	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologi- que.....
		VILLAR	BADAL
Médecine opératoire...	}		Clinique chirurgicale infantile et Orthopé- die.....
		LEFOUR	DENUCÉ
Anatomie pathologique	}	COÏNE	Clinique gynécologique
Anatomie.....		N.	BOURSIER
Anatomie générale et histologie.....	}	VIAULT	Clinique médicale des maladies des enfants
		JOLYET	MOUSSOUS
Physiologie.....	}	LAYET	Chimie biologique....
		LANDE	DENIGÉS
Hygiène.....	}		Physique pharmaceu- tique.....
		BERGONIE	SIGALAS
Médecine légale.....	}		Pathologie exotique..
			LE DANTEC
Physique biologique et électricité médicale.	}		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. HOBBS	MM. VERGER
MONGOUR	ABADIE
CABANNES	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. CHAVANNAZ	Accouchements {	MM. FIEUX
	BÉGOUIN		ANDÉRODIAS
	VENOT		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES	Physiologie....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ	Histoire naturelle	BEILLE

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH	Pharmacie.....	M. BARTHE
-------------	-----------	----------------	-----------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT
Accouchements.....	ANDÉRODIAS
Physiologie.....	GAUTRELET
Ophtalmologie.....	LAGRANGE
Hydrologie et Minéralogie.....	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS HIRIGOYEN

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

A MA MÈRE

Faible témoignage de toute ma
reconnaissance

A MON ONCLE

LE DOCTEUR PAUL VERGELY

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En reconnaissance de la grande bonté
dont il m'a toujours entouré

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIKES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au cours des six années de nos études, nous avons reçu des marques nombreuses de bienveillance de la part de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Nous tenons à les en remercier aujourd'hui.

C'est dans le service de M. le Dr Dubourg que nous avons fait nos débuts dans la carrière médicale ; qu'il veuille bien accepter toute notre gratitude pour la bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Nos années d'externat et d'internat provisoire passées dans les services de MM. Monod, Rondot, Pitres, Auché et Moussous nous ont permis d'apprécier les leçons utiles de ces maîtres de la clinique.

Nous n'oublierons pas non plus les conseils amicaux que nous ont prodigués les docteurs J. Abadie et A. Charrier ; M. le Professeur agrégé Cabanes a bien voulu, pendant deux années, nous diriger dans notre préparation à l'Internat ; qu'ils reçoivent tous, ici, nos remerciements.

Enfin, dans notre dernière année d'étudiant, passée à Paris, M. le Dr Lucien Jacquet nous a permis de profiter quotidiennement de l'enseignement d'un haut intérêt qu'il professe dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; nous devons à son obligeance les observations, toutes entièrement inédites, qui y sont contenues : on remarquera aisément qu'elles sont riches en faits cliniques intéressants et nouveaux que M. Jacquet se propose de mettre ultérieurement en relief. Nous le prions d'accepter toute notre sincère reconnaissance. MM. Collin et Debas,

internes du service, nous ont facilité notre tâche; nous les en remercions.

M. le Professeur Dubreuilh a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse; nous lui en exprimons aujourd'hui toute notre gratitude.

INTRODUCTION

Nous allons exposer une méthode de traitement mercuriel qui, depuis trois années déjà, est mise en œuvre dans le service de M. le D^r Lucien Jacquet, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce traitement est à la fois *intensif*, car le mercure y est administré à des doses jusque là inconnues, croyons-nous ; — *pluri-mercuriel*, car il emploie simultanément plusieurs voies d'apport d'une part, et d'autre part il met en œuvre plusieurs préparations mercurielles ; — et enfin *discontinu*, car il augmente notablement le nombre et la durée des pauses thérapeutiques, et cela dans un but systématique.

A ce quadruple point de vue et surtout par la combinaison de ces quatre particularités, il diffère des autres méthodes de traitement employées jusqu'à ce jour.

CHAPITRE PREMIER

Avantages généraux du traitement intensif, plurimercureiel et discontinu

Ainsi que nous l'avons dit, ce mode de traitement se distingue par quatre éléments que nous allons étudier successivement.

1° **Intensité.** — Un traitement intensif de la syphilis consiste à donner au malade le maximum de mercure que l'organisme peut tolérer sans danger, à continuer le traitement le plus longtemps possible, surtout pour les premières cures, et à diminuer les temps de repos.

Mais la pratique du traitement intensif est irréalisable par les anciennes méthodes; les traités de thérapeutique ne cachent pas les inconvénients des hautes doses mercurielles administrées par les procédés habituels. Un traitement hydrargyrique intensif n'est devenu possible que depuis la découverte des injections mercurielles par Scarenzio. Cette méthode a été longtemps tenue en suspicion en France par les maîtres les plus éminents. M. le Dr Jullien fut pendant longtemps le seul à peu près à défendre la méthode; c'est depuis 1878 qu'il combat pour l'idée du traitement intensif de la syphilis par les injections de calomel. « J'ai voulu montrer, écrit le chirurgien de Saint-Lazare, que ce qui était employé par Lewin à Berlin, ce que j'avais vu si parfaitement réussir entre les mains de Amicis et Semmola à Naples, de Bertarelli à Milan, de Scarenzio à Vérone, n'était pas impraticable ailleurs et pouvait produire d'aussi bons résultats ». Jusqu'en 1894, date à

laquelle M. Jullien fit son importante communication au Congrès de Rome, il était à peu près le seul à Paris et en France à pratiquer systématiquement le traitement intensif de la syphilis. A ce moment déjà, où la pratique des injections n'avait point encore couramment pénétré dans les services de l'hôpital Saint-Louis, en Allemagne et en Autriche, dans les services de Wolf à Munich, de Finger, Kaposi, Neuman, Lang à Vienne, Lewin, Lassar à Berlin, la méthode des injections était d'un usage journalier et donnait les meilleurs résultats.

La dose de mercure généralement indiquée comme pouvant être administrée journellement pendant une cure est de *un centigramme* en moyenne : le traitement que nous allons exposer dépasse de beaucoup ce chiffre. Le mercure, croyons-nous, de nos jours, du moins, n'a jamais été donné thérapeutiquement à de semblables doses, car nous n'insisterons pas bien entendu sur les véritables orgies mercurielles auxquelles, au xv^e siècle, les empiristes soumirent les malheureux qui, affligés du « mal napolitain », se voyaient encore frappés d'intoxication grave et mouraient souvent victimes d'épouvantables stomatites gangréneuses.

Au point de vue de la quantité de mercure introduite dans l'organisme, nous trouvons, dans le rapport présenté au Congrès de médecine par M. Balzer sur les injections mercurielles, une division en trois cures :

« 1^o Des cures fortes faites par Lassar, Ostreich, Kœper, Cartier⁽¹⁾, Chéron, Dieupart⁽²⁾, Richter, Barduzzi, Malherbe⁽³⁾, qui ont employé le sublimé à des doses massives mais rares.

» 2^o Des cures intensives par injections fortes quotidiennes, pratiquées par MM. A. Robin, Flèche, Gallois, Lépine, Leredde, Cassaët, Barthélemy, Lévy-Bing, Jaulin, Emery et Druelle. Dans les cures intensives moyennes, les doses atteignent environ *deux centigrammes* de mercure par jour, dose totale 40 cen-

(1) CARTIER, *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, juin 1896.

(2) DIEUPART, Thèse de Paris 1900.

(3) MALHERBE, *Gazette médicale de Nantes*, 1899.

tigrammes en trois semaines; c'est-à-dire un dosage aussi fort et même plus fort que celui de Smirnoff, dont la cure était de 40 centigrammes de calomel, injectés en quatre semaines.

» 3° Dans la cure très intensive, cette dose a été augmentée d'un tiers ou doublée, ou même plus que doublée. »

Et, dans ses conclusions, M. Balzer considère la dose de deux centigrammes de mercure injectés quotidiennement comme intensive et ne devant être que très rarement dépassée.

« Chez un adulte sain, n'ayant pas de sensibilité particulière au mercure, ne présentant aucun trouble rénal, dit M. Aujeau ⁽¹⁾ dans sa thèse, on peut introduire chaque jour dans l'organisme une dose variant de 0 gr. 015 ou 0 gr. 02 à 0 gr. 035 de mercure et non plus 0 gr. 01 et 0 gr. 005 ou même moins, comme on le fait d'une manière courante. »

Prokhorow ⁽²⁾ a recours à des injections intra-musculaires de biiodure de mercure à la dose de 0 gr. 003 par kilogramme du poids du patient chez l'adulte et de 0 gr. 0015 décimilligrammes chez les enfants, injectant par exemple en une fois 0 gr. 24 de biiodure à un malade pesant 80 kilogrammes. Ces doses auraient été toujours bien supportées sans même produire de stomatite et leur action curative à l'égard des manifestations syphilitiques serait remarquablement rapide. D'après M. Prokhorow, la clinique permettrait d'affirmer que le mercure, qui, administré en quantité relativement faible, peut produire des accidents toxiques, est d'ordinaire bien supporté lorsqu'on l'emploie à doses massives. Bien entendu, nous ferons toutes réserves sur le bien-fondé de cette opinion paradoxale.

Les manifestations syphilitiques secondaires, aussi bien que tertiaires, commencent à rétrocéder après la première ou la deuxième injection et elles disparaissent à la suite de la troisième ou de la quatrième.

M. Duhot injecte 10 à 12 centigrammes de calomel tous les

(¹) AUJEAU, Thèse de Paris 1903.

(²) PROKHOROW, Traitement de la syphilis par les injections mercurielles massives. *Concours médical*, 1893.

huit jours. Lorsque le calomel n'est pas supporté, il a recours à l'huile grise à 40 pour 100, portant la dose à 0 gr. 15 tous les quatre à cinq jours et continuant parfois jusqu'à 25 injections. La dose de mercure métallique est de 30 centigrammes tous les huit à dix jours.

M. Albert Robin ⁽¹⁾ a guéri, par des doses quotidiennes de benzoate de 5 centigrammes pendant une semaine, puis de 3 centigrammes pendant trois semaines, une iritis syphilitique grave qui avait résisté à une injection de 10 centigrammes de calomel.

M. Lemoine ⁽²⁾ prétend avoir guéri des tabétiques et des paralytiques généraux en injectant, tous les jours, de 6 à 8 centigrammes de benzoate (0,036 de Hg). Nous laissons à M. Lemoine la responsabilité de son affirmation relative à la guérison du tabes.

M. Bacelli et quelques autres cliniciens demandaient à des injections massives intra-veineuses de sublimé la guérison des cas les plus graves et les plus anciens de la syphilis; M. Tommasoli (de Palerme), lui, prétend leur demander l'avortement même de la syphilis. Pendant sept ans, il a soumis 44 malades à sa méthode abortive, élevant promptement le sublimé aux doses de 14, 16, 18 milligrammes et exigeant que les injections soient faites presque tous les jours et pendant le plus grand nombre de jours qu'il est possible. Sa méthode ne serait pas seulement une méthode de choix ou d'exception, mais une méthode *obligatoire*: les inconvénients sont minimes, il n'a jamais eu d'accidents graves et il conclut, conclusion dont nous lui laissons toute la responsabilité :

« 1° Le sublimé peut être introduit impunément dans les veines de l'adulte à la dose de 2 centigrammes.

» 2° Par la méthode des injections intra-veineuses dans la période primaire, commencée le plus tôt qu'il est possible et faite le plus énergiquement et le plus promptement possible,

(1) ROBIN, Bulletin de la Société de thérapeutique, 1901.

(2) LEMOINE, Congrès de médecine de Toulouse, 1902.

nous sommes désormais en mesure de faire avorter la syphilis dans une proportion qu'on peut estimer à 80 % des cas. »

Beaucoup d'auteurs, à l'heure actuelle, parlent de l'avortement de la syphilis. S'il est vrai que le mercure agisse directement en tant que spécifique de la maladie, c'est-à-dire en détruisant le spirochète, et il est possible que ce soit exact ⁽¹⁾, un traitement véritablement intensif sera valable au maximum, surtout si on fait agir ce traitement à la période primaire.

On ne sait pas, en effet, comment agit le traitement mercuriel. Agit-il par apport de mercure sur le plasmome ? Agit-il sur la nutrition ?

D'après Moog ⁽²⁾, l'infection syphilitique se manifeste par une diminution considérable du poids de l'urée excrétée. L'azote total et l'acide phosphorique sont également éliminés en quantité très inférieure à la normale : le coefficient de déminéralisation est toujours élevé. Le traitement mercuriel ramène vers leurs chiffres normaux tous ces éléments, à l'exception du coefficient de déminéralisation sur lequel il ne paraît avoir qu'une influence très minime.

Pour Ferras ⁽³⁾, le traitement mercuriel ramène à la normale les échanges augmentés dans la période primo-secondaire, diminués dans la période tertiaire ; il abaisse les oxydations et relève l'acidité urinaire.

M. Jacquet et Debas ⁽⁴⁾ viennent de faire, au sujet de l'action du mercure sur la nutrition, une expérience qui dépasse de beaucoup en précision tout ce qui a été tenté jusqu'ici. Nous devons à leur obligeance de pouvoir en donner le résumé.

⁽¹⁾ Nous n'en voulons pour preuve que les constatations faites par MM. Jacquet et Sézary à propos d'un cas de surrénalite syphilitique contemporaine de la période secondaire, après un traitement mercuriel de moyenne intensité, dans lesquelles le tréponème pâle présentait des aspects anormaux, des formes atypiques et dégénératives.

⁽²⁾ Moog, Contribution à l'étude des troubles de la nutrition dans la syphilis. Action du traitement mercuriel. Thèse de Paris 1904.

⁽³⁾ Ferras, Thèse de Paris 1901.

⁽⁴⁾ Jacquet et Debas, Pour étudier les troubles produits dans la nutrition par le traitement mercuriel intensif, l'un de nous s'y est soumis pendant

2° **Plurimercurialisme.** — Sous ce titre, nous groupons deux particularités fort importantes : d'une part, la pluralité des voies d'apport du mercure, d'autre part, la pluralité des préparations, et nous allons envisager ces deux points :

a) *Pluralité des voies d'apport.* — On sait quelles voies sont constamment utilisées dans le traitement mercuriel :

L'*ingestion*, soit de pilules, soit d'une solution hydrargyrique ;

La *voie rectale*, avec les lavements mercuriels ou même mieux, comme le conseille M. Audry, en utilisant des suppositoires ;

La *friction* ;

L'*injection* de sels solubles ou insolubles.

Mais l'immense majorité des auteurs s'est toujours servie d'une voie unique. Autant que nous pouvons le savoir, M. Balzer a utilisé seul, dans quelques cas rebelles et à titre exceptionnel,

trois jours après avoir obtenu un équilibre à peu près parfait dans les éliminations.

Nous avons supprimé du traitement le lavement mercuriel afin de faciliter la séparation et l'analyse des fèces.

Pendant toute l'expérience, qui a duré quinze jours, nous avons eu la précaution de nous mettre à un régime constant comme qualité et comme quantité, afin d'éviter les écarts d'élimination qui se seraient produits avec des ingestas variables.

Nous avons analysé avant, pendant et après le traitement, les urines, les fèces et le sang. Voici les résultats obtenus :

Urine. — L'élimination des éléments organiques paraît surtout influencée.

Le poids d'*urée* diminue les deux premiers jours, augmente les deux jours suivants, puis revient à la normale.

Poids extrêmes : 30 gr. 80, — 27 gr. 20, — 34 gr. 30, — 30 gr. 60.

Le poids d'*acide urique* suit une marche inverse ; il augmente sous l'influence du traitement, puis diminue et revient à la normale.

Poids extrêmes : 1 gr. 12, — 1 gr. 35, — 1 gr. 07.

Fèces. — Le poids des fèces augmente sensiblement avec le traitement et passe de 32 grammes à 37 grammes pour redescendre ensuite à 34 grammes (Poids par vingt-quatre heures des matières desséchées).

L'azote fécal varie proportionnellement aux poids des fèces.

Sang. — Le dosage de l'urée dans le sang n'a pas décelé de rétention :

53 grammes avant et après.

A la suite du traitement, nous n'avons ressenti aucun trouble sérieux, à peine quelques douleurs d'estomac très légères le troisième jour et un peu de sensibilité des gencives.

l'injection à laquelle il associait simultanément l'administration de pilules mercurielles.

Nous venons de voir qu'on en était encore réduit à des hypothèses pour savoir sur quoi et comment agit le mercure. Est-ce parce que le métal arrivé au contact du syphilome, comme le veut Justus ; est-ce en modifiant la nutrition ? Les expériences sont contradictoires et, dans ces conditions, il y a place pour l'hypothèse qu'il peut être utile d'introduire le mercure par plusieurs voies, ou tout au moins il semble légitime de penser qu'il y a avantage à apporter le mercure aux différents tissus de l'organisme.

b) *Pluralité des préparations mercurielles.* — N'oublions pas que nous ne savons rien de précis sur le mode d'action du mercure, pas plus que ce qui est « efficient » dans les préparations mercurielles. Est-ce, comme on l'a dit ces derniers temps, par la quantité de mercure libre circulant dans l'organisme ou par la quantité de mercure libre apportée au syphilome que l'action curative a lieu ? On l'a beaucoup dit, mais moins prouvé. Il peut donc y avoir intérêt à faire agir plusieurs préparations, parce qu'il est possible que telle préparation soit plus efficace que telle autre ou que l'action simultanée de plusieurs ait un effet plus important que l'action d'une seule.

3° **Discontinuité.** — Enfin quatrième point nouveau, le traitement que nous allons exposer est essentiellement intermittent ; quelques jours de mercurialisation, puis repos complet pendant un nombre de jours variable, mais dont nous nous efforcerons de déterminer le chiffre. Les sels solubles étant seuls employés, il est permis de considérer ces repos non comme relatifs, puisqu'il n'y a point dans l'organisme une réserve de mercure où celui-ci pourra puiser à chaque instant (comme dans les injections d'huile grise ou de calomel par exemple, qui, elles aussi, sont entrecoupées de temps d'arrêt), mais bien comme un repos absolu. Les tissus resteront saturés de mercure, l'élimination le prouve, mais ce mercure aura été déjà élaboré, assimilé ; il ne proviendra point d'une réserve.

Jusqu'à l'heure présente, le traitement mercuriel intensif a toujours éveillé l'idée des injections, injections de sels variés solubles ou insolubles, injections tous les huit jours ou injections quotidiennes et pourtant leur emploi n'est pas à l'abri de tous les inconvénients et de toutes les critiques.

L'injection est douloureuse, il faut la répéter quotidiennement dans le cas de sels solubles, la faire en masse et à temps espacés dans le cas de sels insolubles. Ce sont le tissu cellulaire et le tissu musculaire qui subissent le choc de cette irruption mercurielle. Il y a traumatisme. Les tissus sont lésés ou brutalement par le calomel et l'huile grise ou longuement par les solutions benzoatées et biiodurées et leur vie intime en sera modifiée; il pourra y avoir réaction plus ou moins vive, c'est-à-dire inflammation. Nous savons que la simple ingestion entraîne des perturbations dans le tube digestif, habitué pourtant lui par la venue constante des aliments aux chocs du monde extérieur; la désorganisation produite dans ce milieu isolé du dehors par la peau qu'est le muscle ne pourra qu'être plus importante.

Les considérations de cet ordre ont conduit M. Jacquet à diminuer, dans la mesure du possible, les excitations produites dans chaque tissu par le contact du mercure : il a limité au minimum le travail d'assimilation de chacun d'eux. Mais en utilisant simultanément les moyens employés couramment de nos jours il arrive à une saturation mercurielle totale et supérieure. Il utilise donc des voies multiples : *l'ingestion, la friction, l'injection*. Il les utilise à la fois et obtient ainsi le maximum d'effets mercuriels avec le minimum d'inconvénients. En faisant converger le mercure par plusieurs voies, il obtient un apport considérable du remède dans l'organisme avec une excitation minime pour chaque organe en particulier. Le tube intestinal, le tissu musculaire ou conjonctif ne seront pas traumatisés avec excès, comme il arrive si pour faire un traitement intensif on vient à majorer la dose habituelle de mercure. La dose sera faible pour chaque organe en particulier; elle ne troublera point sa fonction.

Il nous a été permis de suivre pendant plusieurs mois, jour

par jour, dans le service de M. Jacquet, l'administration chez des syphilitiques du mercure dans de telles conditions; nous allons exposer tout ce que nous avons vu journellement chez des malades ainsi traités. Nous en tirerons toutes les conclusions légitimes avec cette réserve, faite par M. Jacquet tout le premier, que la valeur de ce mode de traitement intensif a besoin d'être éprouvée par des observations ultérieures.

CHAPITRE II

Mode d'application

1° Préparation au traitement. — Le fait que nous administrons le mercure à des doses aussi importantes permet à lui seul de supposer que le maximum possible des précautions préparatoires est très rigoureusement mis en œuvre, et c'est à cela que nous devons l'innocuité et la tolérance du médicament.

Tout syphilitique entrant dans le service est mis au repos pendant quelques jours (sauf le cas d'accidents urgents).

Pendant ce temps, l'état de sa bouche, sa dentition sont soigneusement examinés; les dents très cariées sont arrachées; celles qui ne sont que légèrement atteintes sont nettoyées et obturées; la couche de tartre est enlevée; les gencives et les dents sont frottées deux fois par jour après chaque repas avec une brosse enduite de savon ou de craie préparée. Bref, la bouche est mise dans le meilleur état possible avec la plus grande minutie. Toute cause d'irritation buccale, le tabac entre autres, est supprimée.

Le tube digestif est surveillé; la diarrhée ou la constipation sont combattues par une bonne hygiène; mastication lente, pas d'excès de nourriture ni de boisson; l'alcool est, bien entendu, absolument proscrit.

Dès l'arrivée du malade dans le service, il est procédé à une analyse complète de ses urines, afin de s'assurer que le rein fonctionne bien; on note la quantité des urines émises en vingt-quatre heures, la présence des éléments normaux ou anormaux (albumine); c'est par le rein, en effet, que se fait la plus grande

proportion de l'élimination mercurielle et avec un traitement intensif on a besoin de son parfait état.

Toutes ces précautions étant prises, le traitement est commencé.

2° **Traitement proprement dit.** — Le traitement comprend :

1° Deux pilules de protoiodure de mercure de 0 gr. 05 centigrammes prises matin et soir pendant les repas.

2° Un lavement avec 20 grammes de liqueur de Van Swieten dans 100 grammes d'eau.

3° Une friction faite selon le mode ordinaire avec 2 grammes d'onguent mercuriel.

4° Une injection de 1 centigramme de biiodure de mercure portée quelquefois à 2 centigrammes.

Ce traitement est appliqué pendant un laps de temps qui a varié de *deux* à *dix* jours consécutifs, mais c'est *quatre* ou *cinq* jours qui constituent la moyenne la plus généralement usitée.

Après cette période de cinq jours, on arrête toute médication mercurielle pendant une période qui varie de cinq à vingt jours (*huit* à *dix* jours correspondent à la moyenne des cas) et suivant la manière dont le malade a supporté cette mercurialisation, suivant la gravité de sa syphilis ou l'état de ses lésions, reprise d'une autre période avec nouveau repos absolu consécutif au point de vue mercuriel.

D'après les préparations indiquées et la quantité de chacune administrée, on peut voir que nous avons raison de prétendre au maximum de mercurialisation utilisée jusqu'à ce jour et il est certain, qu'on nous passe cette expression familière, que M. Jaquet détient le record de la mercurialisation. En effet, en évaluant la quantité de mercure contenue dans chaque préparation, nous avons :

1° Protoiodure pour 10 centigrammes = 0,0610 de mercure.

2° Liqueur de Van Swieten pour 20 gr. = 0,014.

3° Injection de biiodure pour 1 centigr. = 0,004405.

4° Friction d'onguent pour 2 grammes = 1 gramme.

Nous arrivons comme total à 1 gr. 0794 de mercure pur par jour. Mais cette quantité totale est-elle absorbée ? Bien entendu,

nous n'y prétendons pas, car, si pour les trois premiers sels on peut admettre qu'ils sont à peu près totalement assimilés, on doit faire les plus grandes réserves pour la friction. Ce qu'il y a de sûr cependant, c'est que, bien faites, les frictions constituent un puissant moyen de mercurialisation. On ne saurait dire comment, dans ce procédé, le mercure pénètre dans l'organisme. Est-il absorbé uniquement à l'état de vapeurs, comme le soutient Merget ⁽¹⁾, ou est-il au contraire, absorbé par la peau, comme tendrait à le prouver la constatation de particules de mercure dans des fragments de peau excisés après friction ⁽²⁾. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'elles agissent là où d'autres traitements ont parfois échoué.

Mais, même en défalquant de notre total le mercure qu'apporte la friction, il nous reste la quantité de :

0 gr. 079 de mercure métallique,

qui est à peu près sûrement incorporée aux tissus. Chaque période de traitement étant de cinq jours environ ⁽³⁾, nous aurons à multiplier ce chiffre par 5, ce qui nous donne :

0 gr. 397 de mercure au bout de cinq jours.

(1) MERGET, Thèse de Bordeaux 1888.

(2) Voir à ce sujet l'excellent et très pratique *Traitement de la Syphilis* que viennent de publier MM. Jacquet et Ferrand dans l'« Encyclopédie Léauté ».

(3) L'administration mercurielle a été poussée jusqu'à huit et dix jours sans inconvénient quelconque.

CHAPITRE III

Résultats cliniques

Nous allons faire l'exposé des résultats obtenus par la méthode que nous venons de décrire.

Nous avons traité 32 malades (1) : 4 étaient à la période primaire, 18 à la période secondaire, 10 à la période tertiaire.

1° Période primaire. — Nous avons eu à soigner 4 chancres ; 2 chancres génitaux, 2 chancres extra-génitaux.

D'après la plupart des auteurs classiques, le chancre, en général, guérit spontanément sous un pansement simple.

Nous trouvons que, sous l'action du traitement intensif, les chancres que nous avons pu observer, quelques-uns fort anciens déjà, ont rétrogradé rapidement. Le chancre du malade de l'Observation XIII qui datait de 57 jours et qui était en plein développement au moment du début du traitement, au bout des cinq premiers jours est déjà très amélioré et sa cicatrisation est complète au bout de huit jours. Peut-être peut-on faire intervenir ici l'influence du traitement local ; il s'agissait d'un chancre de la verge et on avait employé certains topiques ; par contre, dans l'Observation XXXI, nul pansement local. Ici le chancre de la commissure labiale datait de deux mois. M. Jacquet avait même constaté, le 25 mars, une légère « reviviscence »

(1) En réalité, il en a été traité plus d'une soixantaine dans le service de M. Jacquet, mais, pour différentes raisons, nous limiterons nos conclusions aux résultats qui nous sont fournis par les 32 observations que nous rapportons ici et qui, bien entendu, ne sont infirmés par aucun fait tiré des observations non reproduites.

de ce chancre, coïncidant avec une douleur dans la gorge du même côté et après une seule période de quatre jours de traitement, il commence à se cicatriser rapidement en même temps que dégonflent les ganglions cervicaux engorgés. La malade sort de l'hôpital le 15 avril; elle y était depuis trois semaines et son chancre, datant de près de trois mois, cède à neuf jours seulement de traitement intensif.

La régression est encore des plus rapides dans les Observations II et VI; le premier guérit après dix jours de traitement consécutifs, le second, après deux séries de cinq jours.

Cette méthode intensive semble donc influencer dans une certaine mesure le syphilome primaire, sans que son action soit, à beaucoup près, aussi nette que sur certains autres accidents, mais rien pourtant ne nous autorise à croire que la méthode intensive ait la vertu d'éteindre *ab ovo* la syphilis, de la faire avorter: en effet, dans l'Observation XXI, le traitement est institué quinze jours après l'apparition du chancre (3 septembre), le traitement est fait d'emblée pendant dix jours consécutifs et, en novembre, apparaît une angine probablement spécifique.

2° Période secondaire. — Dans la période secondaire, nous envisageons les troubles cutanés et les troubles généraux.

a) TROUBLES CUTANÉS :

Roséole. — « Traitée, dit M. Fournier, la roséole se fane et disparaît rapidement ». Nous avons assisté chez nos malades, plusieurs fois, à de véritables éclipses de la roséole. Dans les Observations XIV et XXIV, du jour au lendemain, sous l'influence du traitement mercuriel intensif, elle a totalement disparu.

Syphilides ulcéreuses. — « S'il est un fait thérapeutique actuellement bien démontré ⁽¹⁾, c'est que les syphilides secondaires de la bouche cèdent bien moins facilement à un traitement général, quel qu'il soit d'ailleurs, qu'au traitement local le plus simple. Si l'on attendait la guérison du mercure seul, on pourrait l'attendre en vain plusieurs mois. Le mercure n'est bon

(1) FOURNIER, Traité de la syphilis, t. I, p. 221 :

qu'à prévenir ces accidents et à en modérer la repullulation habituelle, à en tarir la source, mais une fois produits, il n'exerce sur eux qu'une action curatrice des plus lentes ». Nous pouvions espérer, avec un traitement plus intensif que ceux employés jusqu'à ce jour, avoir une action positive sur les syphilides ulcéreuses secondaires. Il n'en a rien été. Dans l'Observation I, les amygdales se couvrent d'érosions en *pleine période de traitement*; — dans l'Observation III nous trouvons, à la date du 28 décembre : « Nulle modification des plaques de l'isthme, ni de la douleur qu'elles provoquent après cinq jours de traitement intensif »; — dans l'Observation IX, la malade sort de l'hôpital, sur sa demande, avec des plaques amygdaliennes survenues après cinq jours de traitement.

Hyperchromie syphilitique. — Il est encore un autre accident de la période secondaire sur lequel le mercure, même administré intensivement, ne semble avoir aucune influence; ce sont les syphilides pigmentaires du cou, le « collier de Vénus ». M. Fournier déclare que « sur l'invitation de quelques-unes de ses malades que désespéraient ces « affreuses taches du cou », il avait parfois poussé aussi loin que possible les doses de mercure et d'iodure sans en obtenir d'effets appréciables ». Plusieurs syphilitiques soumises au traitement intensif, entre autres celle de l'Observation XIV, qui a subi une mercurialisation des plus importantes, ont actuellement de superbes syphilides pigmentaires du cou.

Condylomes syphilitiques. — Les condylomes ont les uns disparu rapidement (Obs. X et XVIII), une propreté locale minutieuse aidant le traitement mercuriel, tandis que d'autres persistaient d'une façon désespérante (Obs. XIV), non modifiés par le mercure et paraissant, d'après M. Jacquet, en relation étroite avec une annexite dont les poussées douloureuses influençaient nettement la masse condylomateuse.

Dépilation syphilitique. — L'alopecie syphilitique est toujours atténuée, puis arrêtée, avec des soins locaux, l'assistance du mercure et un peu de temps (Fournier); nous reproduisons l'observation d'un cas de dépilation diffuse intense, arrêtée au

bout de très peu de jours de traitement, avec une repousse en masse ultra-rapide de la chevelure (Obs. XVII).

b) TROUBLES GÉNÉRAUX :

La médication intensive donne des résultats rapides et certains dans le traitement des troubles généraux de la période secondaire.

D'un avis unanime, le mercure exerce sur la céphalée une action des plus puissantes, une action véritablement merveilleuse comme sûreté et comme rapidité de résultats. Nous ne nous étonnerons donc point de voir la céphalée céder dès les premiers jours d'un traitement intensif (Obs. XXIV et XXIX).

Notre traitement mercuriel a eu la plus heureuse influence sur les troubles nerveux qui surviennent à la période secondaire de la syphilis, surtout chez la femme. L'Observation I est particulièrement intéressante à ce point de vue. La malade avait des céphalées entraînant l'insomnie, une nervosité extrême avec crises d'angoisse fréquentes, de l'hyperexcitabilité accompagnée d'exagération des réflexes, de l'hypersensibilité généralisée superficielle et profonde, cutanée, sous-cutanée et musculaire. Après deux périodes seulement de traitement, tout rentre dans l'ordre et la malade sort de l'hôpital, le système nerveux absolument calme. Dans les Observations IV, XXIV et XXV, mêmes résultats rapides : céphalée, nervosisme, hyperexcitabilité cèdent au bout de quelques jours de traitement.

3^e Période tertiaire. — Parmi les accidents locaux de la période tertiaire que nous avons traités, nous n'avons eu que des succès : guérison prompte d'ulcères (Obs. XV et XXVI) ; — syphilides tuberculo-gommeuses (Obs. XXII), syphilome diffus du front (Obs. VIII) améliorés rapidement ; — gomme fondant en peu de jours sous les effets du traitement (Obs. VII et XXI).

Mais là où le traitement intensif a fait véritablement merveille, c'est chez la malade de l'Observation XVI. Le diagnostic était hésitant, lésion tuberculeuse ou lésion spécifique ? Les deux hypothèses étaient également admissibles, avec une tendance pourtant, en raison des antécédents tant personnels qu'héréditaires, à voir plutôt les méfaits du bacille de Koch que du spiro-

choète dans un membre inférieur qui n'était plus qu'une vaste plaie. M. Jacquet crut un instant l'amputation nécessaire, mais, avant d'en arriver là, il voulut tenter la chance du traitement mercuriel. La malade refuse toute intervention sur la bouche, qui était dans un état déplorable.

Le traitement est commencé et dès le deuxième jour il y a amélioration ; les douleurs diminuent, une première période de cinq jours est faite ; la malade a de la diarrhée et de la stomatite qui guérissent assez rapidement. Après quatorze jours de repos et devant les résultats surprenants fournis par cinq jours seulement de traitement, une deuxième période est recommencée ; l'amélioration s'accroît et cette fois-ci aucun symptôme d'intoxication, plus de diarrhée ni de stomatite. En quarante-cinq jours, quatre périodes de cinq jours sont faites. Cette malade, qui, par son mauvais équilibre physiologique, l'état déplorable de sa bouche, était particulièrement prédisposée à l'intoxication mercurielle, reçoit en moins de six semaines environ 30 centigrammes de mercure métallique ; elle n'en est nullement incommodée, en bénéficie au contraire dans la mesure la plus large ; les douleurs qui existaient dans les deux jambes se localisent immédiatement à la jambe la plus atteinte et l'état local s'améliore de jour en jour.

Mais après trois séries de traitement, le mercure ne semble plus avoir qu'une action médiocre sur les douleurs des jambes. Des poussées inflammatoires et douloureuses sont constatées plus particulièrement, selon la remarque de M. Jacquet, lorsque la malade est sous la menace d'une crise comitiale. Des bacilles de Koch sont trouvés dans le pus d'une petite fistule de la jambe droite par M. d'Heucqueville, interne du service, vérifiant ainsi le diagnostic, affirmé presque dès le début, d'une ostéomyélite *complexe* tuberculeuse et syphilitique ; ainsi s'expliquait l'influence heureuse du mercure sur l'élément spécifique et son impuissance envers les troubles d'origine tuberculeuse.

Nous avons enfin observé deux cas où des troubles généraux pouvant être attribués au tertiarisme ont bénéficié du traitement mercuriel intensif.

Des accidents cérébelleux, dans l'Observation XII, ont été améliorés rapidement à deux reprises différentes, et une hémiplegie avec aphasic (Obs. XXVIII) peut-être syphilitique a été traitée avec succès par le mercure.

En résumé, les résultats obtenus sont très favorables : dans la période primaire, accélération nette de la régression du chancre ; — dans la période secondaire, certains accidents sont restés réfractaires (plaques muqueuses), tandis que d'autres (roséole et surtout accidents nerveux) étaient très rapidement améliorés ; — enfin, dans la période tertiaire, guérison constante et rapide des accidents que nous avons observés.

Sur les 32 malades traités, nous n'avons pas eu à constater un accident grave d'intoxication, en dépit des quantités mercurielles absorbées ; — de temps en temps, quelques coliques, de la diarrhée, surtout chez la femme ; — un peu de stomatite, de la lassitude, de l'anorexie passagères, mais tous incidents disparaissant immédiatement dès l'arrêt de la médication et ne se reproduisant pas, la plupart du temps, pendant les périodes suivantes du traitement (il semble se faire, en effet, une accoutumance rapide au mercure).

Voilà les résultats généraux obtenus, mais il nous manque, chacun nous en ferait la remarque, un élément important : c'est la durée *totale* qu'exige ce mode de traitement et la notion de son action sur les accidents ultérieurs ; en d'autres termes, sa valeur *préventive*. Ce fait qu'on peut discuter encore sur celle du traitement ordinairement usité depuis tant d'années, fera comprendre que nous ne puissions pas indiquer quelle peut être l'action de cette méthode nouvelle, et nous sommes obligé, à ce point de vue, de faire les réserves nécessaires.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de contribuer à établir, en vue d'une action préventive possible du mercure, la résistance de l'organisme et les doses qui peuvent être atteintes sans inconvénients.

CHAPITRE IV

Observations recueillies dans le service de M. Jacquet

OBSERVATION I

Syphilis. — Chancre du col utérin. — Roséole. — Névralgie de la jambe *droite* (adénopathie pelvienne perceptible à *gauche*). — Nervosité intense. — Grande céphalée. — Plaques buccales. — Traitement intensif et actif surtout sur le nervosisme.

C..., trente-quatre ans. Entrée, le 1^{er} juin 1903, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-quatorze ans. Mère morte à cinquante-deux ans, de maladie du foie; paralysée? Sept collatéraux vivants, bien portants. Une sœur venue au monde avec des abcès (?).

Antécédents personnels. — Mariée. Mari vivant bien portant; pas d'éruption; pas de stigmates de syphilis; deux enfants morts de méningite (pas d'éruption à la naissance).

Pas de fausse couche.

Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Réglée à dix ans et demi; règles irrégulières.

A dix huit ans, jaunisse pendant trois mois; soignée à la Pitié.

A dix-neuf ans, bronchite soignée chez elle; toussé toujours depuis.

1891. Laryngite avec aphonie pendant six mois. Coqueluche prise à un enfant, soignée chez elle et diagnostiquée par son médecin.

De 1891 à 1903, rien de grave, mais malaises fréquents et maux de gorge survenant au moindre froid.

Janvier 1903. Malade souffrant du ventre, va consulter un médecin

qui diagnostique une inflammation d'intestin et lui fait prendre de grands lavements.

Apparition dans l'aîne d'un ganglion gros comme un œuf de poule, très douloureux. Examinée au spéculum par son médecin qui ne trouve aucune lésion.

Pertes blanches abondantes.

Pas d'éruption sur le corps.

Janvier-mai. Rien; douleurs intestinales ont disparu. La malade se porte bien, mais quelques maux de gorge et de fréquents maux de tête.

Pas d'éruption; pas d'ulcération; pas de dépilation.

Fin mai. Avant-bras jusqu'aux coudes couverts de petites plaques rouges, disséminées, très nombreuses, non prurigineuses.

Céphalée constante, surtout nocturne, à laquelle la malade ne fait aucune attention, cette affection durant, dit-elle, depuis plus de quatre mois.

Pas de dépilation; pas d'ulcération génitale ni buccale.

Mal de gorge.

Quelques jours après, un matin en faisant sa toilette, s'aperçoit que son corps entier est couvert de plaques semblables aux premières, envahissant même le tronc. Elle consulte un pharmacien qui lui fait prendre des cachets d'exalgine pour calmer ses maux de tête très violents et du bicarbonate de soude.

Elle entre à l'hôpital le 31 mai.

Etat actuel (1^{er} juin). — Bon état général. Insomnie. Céphalée très vive, surtout la nuit. Gorge peu rouge, mais douloureuse. Quelques plaques blanchâtres à droite, derrière le pilier antérieur.

Sur le tronc, les membres inférieurs (face interne des cuisses surtout), les membres supérieurs, le cou et la face, éruption très fournie de plaques exanthémateuses et d'éléments papuleux rouges, dont quelques-uns sont jambonnés et psoriasiformes, sur le tronc particulièrement.

Pas d'adénopathie. Pas de dépilation. Réflexes un peu vifs. Légère gingivite inférieure.

2 juin. Examen génital : Pas de plaques vulvaires. Dès que le spéculum est introduit, on aperçoit dans le fond de la cavité vaginale du pus muqueux en grande abondance, sans glaires. Puis une masse rouge vaguement sphérique, bourgeonnante, grosse comme une noix. On ne peut distinguer ni l'orifice, ni les lèvres du museau de tanche.

Le toucher sera fait ultérieurement.

Nervosité très intense et, pour peu que l'on prolonge l'examen, la malade est prise de tremblements surtout étendus au maxillaire inférieur.

Dès 1889, après sa jaunisse et surtout dans les premiers mois qui suivent, apparurent des crises nerveuses pendant lesquelles elle s'agitait, se mordait la langue et tombait à terre. Crises conscientes finissant par des pleurs et qui revinrent pendant trois mois. A la suite, mélancolie pendant deux ou trois mois, avec phobies diverses et à l'occasion de faits minimes. Depuis, toujours excitable.

Janvier 1905. La malade devient très irritable; se fâche, rit, pleure pour rien. Sommeil agité de cauchemars.

Depuis ce mois, surmenage, excès de café (une dizaine de tasses par jour).

2 juin. *Hyperexcitabilité*. Hier, la pose de quelques ventouses lui a suscité une hilarité invincible et bruyante.

Très agitée la nuit; ne dort pas. Crises d'angoisse. Réflexes rotuliens exagérés, à droite surtout; quelques trépidations épileptoïdes.

Hypersensibilité généralisée superficielle et profonde, cutanée, sous-cutanée, musculaire, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche.

7 juin. Il y a insomnie depuis déjà longtemps, mais elle s'est nettement aggravée depuis trois mois. La cause principale de cette insomnie serait la céphalée, violente, diurne et surtout nocturne. En plus, toute une série de troubles dénotant l'excitation psychique. Sensations douloureuses dans la jambe droite. Même état éruptif. Dépilation très modérée.

12 juin. Névralgie de la jambe droite semble s'atténuer. Depuis quatre à cinq jours, mal de gorge assez vif avec ulcération surtout à gauche et retentissement douloureux dans les oreilles. Céphalée et insomnie persistent malgré 1 gramme d'antipyrine. Dépilation nulle. L'éruption tendrait plutôt à s'étendre vers les extrémités inférieures jusqu'aux pieds sous la forme folliculaire.

Début du traitement.

14 juin. Céphalée moindre hier; la malade a un peu moins mal dormi. Mal de gorge s'était déjà atténué avant le traitement par des attouchements à la teinture d'iode; il persiste encore une légère douleur.

15 juin. Règles survenues avant hier avec six jours d'avance. Céphalée très forte hier a diminué aujourd'hui. Eruption a beaucoup diminué aux membres inférieurs. Amygdales ulcéreuses.

16 juin. Traitement bien supporté. Céphalée a beaucoup diminué.

18 juin. Gorge va mieux. Pas de maux de tête, d'insomnie, ni de douleurs de jambes. Eruption du tronc pâlit. Cependant le lavement a dû être supprimé et remplacé par une pilule supplémentaire.

21 juin. Cette nuit, frisson assez violent avec tremblement durant deux ou trois heures, suivi de sueurs (T° 39°8). Rien n'explique jusqu'à présent cet accès fébrile; pas de symptômes toxiques caractérisés; cependant douleurs abdominales plus vives. Urines rares, mais d'une façon habituelle (un litre environ).

23 juin. Frisson et fièvre n'ont pas reparu, mais la malade depuis se plaint de l'estomac et surtout de sensations de nausée. Régression continue. Urines toujours rares. Le 23, dans la soirée, douleur très violente au niveau d'une molaire supérieure gauche qui est arrachée le lendemain matin; elle était cariée.

26 juin. *Arrêt du traitement.* Etat nauséux persiste. Amygdales à peu près en bon état surtout à gauche, qui était de beaucoup la plus malade et dont les lésions semblent avoir nettement rétrocedé depuis l'avulsion dentaire. Eruption papulo-squameuse a presque disparu.

27 juin. Depuis deux jours, urines un peu plus abondantes (un litre environ). Etat nauséux a disparu ce matin.

28 juin. Eruption a disparu.

3 juillet. Dysphagie gauche; cependant l'examen de la gorge laisse voir des ulcérations plus nombreuses sur l'amygdale droite et seulement une tuméfaction légère avec peut-être exulcération en arrière du pilier postérieur gauche. Hypertrophie papillaire au sommet du V lingual; quelques papilles fongiformes, hypertrophiées, rouges à la surface de la langue. Bon état général.

5 juillet. Amygdale droite est creusée assez profondément. Amygdale gauche, surtout à la partie superficielle, présente plusieurs petites ulcérations et la douleur persiste de ce côté, mais la malade la rapporte à la région prépharyngienne gauche où l'on sent d'ailleurs des glandes tuméfiées sensibles au toucher. Sur la marge de l'anus, petit point érythémateux douloureux.

Reprise du traitement.

6 juillet. Lésions amygdaliennes un peu accentuées. Dysphagie persistante. Petite érosion à la place du point rouge de la marge de l'anus.

8 juillet. Les deux amygdales sont très largement et profondément exulcérées, surtout la droite dont le pôle supérieur présente une excavation anfractueuse et sanguinolente. Les lésions du col utérin restent les mêmes et la métrite bien qu'atténuée persiste. Depuis la reprise du traitement qui n'a pas provoqué d'accident, la malade se plaint de nouveau d'anorexie et de lassitude.

10 juillet. Eruption à peu près complètement terminée ; seuls persistent quelques éléments pâles sur le tronc. Amygdales très améliorées. Traitement bien supporté, sauf un peu d'anorexie. Hyperesthésie cutanée et musculaire a presque totalement disparu. Réflexes redevenus normaux. Malade dort bien et paisiblement. Excitabilité a complètement disparu. Métrite toujours intense.

Les douleurs qui un moment avaient été très vives au membre inférieur droit n'existent plus.

La malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION II

Syphilis. — Chancre syphilitique du menton. — Traitement intensif d'emblée.

Ch..., vingt et un ans. Entré, le 20 septembre 1905, salle Aran.

Antécédents héréditaires. — Blennorrhagie il y a deux ans. Alcoolisme (deux litres de vin, deux litres de bière, deux apéritifs par jour).

Histoire de la maladie. — Vers le 15 août 1905 (un samedi), en se faisant raser, a été coupé dans la région où se développe le chancre actuellement, la plaie a un peu saigné. Il s'est essuyé d'abord avec son mouchoir, puis avec une serviette ayant servi à un client. C'était un peu avant quatre heures et demie du soir, a fait son service jusqu'à onze heures. Aurait eu ce soir-là des rapports sexuels, mais n'en est pas absolument certain, peut-être n'est-ce que le lendemain.

Vers le 5 septembre est apparu, au menton, un petit bouton « comme une verrue ». Le malade a voulu le percer, mais il n'est rien sorti : il n'y a pas eu de cicatrisation ; quelques jours après, l'ulcération a sup-

puré : elle saignait assez facilement ; elle augmente peu à peu de volume.

8 septembre. Tuméfaction des ganglions sus-hyoïdiens.

15 septembre. Céphalalgie constante, surtout intense le matin. Pas de dépilation. Appétit diminué, surtout depuis le moment où le bouton s'est mis à suppurer. Le malade quitte son travail cinq jours avant d'entrer à l'hôpital.

20 septembre. Entrée à l'hôpital.

On constate dans la fossette médiane du menton une ulcération du volume d'une pièce de 1 franc, à base indurée, à surface recouverte d'une croûte qu'on fait tomber avec un pansement humide. Ganglions sus-hyoïdiens volumineux et un peu douloureux, gênant la déglutition. Système nerveux peu excité. Appétit modéré. Rien dans la gorge ; pas de roséole.

21 septembre. Traitement intensif.

23 septembre. Traitement bien supporté. Chancre est stationnaire. Ganglions moins douloureux et plus mobiles. Appétit très bon. Céphalée a disparu. Sommeil excellent.

25 septembre. Traitement bien supporté. Ganglions ont beaucoup diminué ; ne sont plus douloureux. De la diarrhée cette nuit, mais le malade l'attribue « à des fruits mangés hier ».

27 septembre. *Septième jour de traitement, toujours très bien supporté.* Etat stationnaire du chancre d'après le malade ; il paraît pourtant avoir un peu diminué. Ganglions continuent un peu à régresser. Etat général excellent. Pas de roséole, ni d'autre accident.

29 septembre. *Neuvième jour de traitement toujours très bien supporté.* Le chancre, sur lequel une croûte a de nouveau reparu par suite de l'absence de pansement humide, a notablement régressé. Les ganglions s'isolent les uns des autres et leur masse diminue toujours de volume. Pas d'accident secondaire. Etat général excellent.

30 septembre. Sans que le malade accuse aucun malaise, on arrête le traitement au dixième jour.

1^{er} octobre. Régression du chancre s'accroît. Grandeur d'une pièce de 20 centimes. Pas de roséole.

6 octobre. On reprend le traitement, mais l'ulcération est réduite à un point recouvert d'une croûte ; ganglions ont le volume d'un petit pois.

10 octobre. Traitement (cinquième jour) est bien supporté. Chancres guéris complètement. Encore quelques ganglions durs.

Le malade sort quelques jours après sans aucune manifestation.

Départ au régiment. Il écrit le 4^{er} novembre qu'il souffre d'une amygdalite douloureuse que l'on traite par 40 centigrammes de proto-iodure en pilules.

OBSERVATION III

Syphilis. — Angine spécifique tenace. — Poussée dans les dents de sagesse inférieures surtout à droite. — Traitement intensif et traitement local à peu près inefficaces tous les deux. — Régression brusque de l'angine en même temps que disparaît le syndrome néo-dentaire.

A..., vingt-six ans, domestique. Entrée, le 22 octobre, salle Rostan.

Chancres ignorés. Roséole typique; pas de plaques buccales. Céphalée intense nocturne. Légère alopecie. Adénopathie inguinale gauche sous-maxillaire. Chaîne occipitale.

Pendant le séjour dans le service, un des ganglions sous-maxillaires s'enflamme; pansement humide: guérison.

Traitée par une piqûre de biiodure tous les matins (21 piqûres de suite).

Sort le 19 novembre pour aller au Vésinet. Elle y reste quinze jours et, à sa sortie, elle revient à l'hôpital avec une angine spécifique nette et un état général assez précaire. Céphalalgie intense; réflexes patellaires et achilléens augmentés.

Début du traitement intensif le 5 décembre 1906; *arrêt* le 7 décembre, à cause de stomatite.

Reprise le 15 décembre; on remarque à l'anus la présence de deux plaques muqueuses, l'une à droite, l'autre à gauche.

Suspension du traitement le 18 pour douleurs dans la bouche. Hier, coliques sans diarrhée.

19 décembre. Bouche et gencives en bon état, sans salivation, tuméfaction ou rougeur. Maux de tête ont presque disparu. Petite ulcération au bord gauche de la langue.

21 décembre. *Reprise du traitement.*

26 décembre. Trois jours pleins de traitement intensif n'ont pas amélioré l'angine spécifique; il y a toujours douleur gutturale.

28 décembre. Nulle modification des plaques de l'isthme, ni de la douleur qu'elle provoque après cinq jours de traitement intensif.

Arrêt et traitement local à la teinture d'iode.

4 janvier 1907. *Deux attouchements* à la teinture d'iode depuis le 28 décembre avec suspension du Hg sous toute forme ont produit une grosse amélioration dans dysphagie et plaque isthmique qui ont régressé de moitié. Les deux plaques anales sont guéries, mais elles étaient très améliorées depuis le traitement mercuriel; elles avaient été cautérisées une fois au nitrate d'argent. Plus de céphalée.

7 janvier. *Traitement général intensif* repris depuis deux jours.

Traitement local: un attouchement à la teinture d'iode; *statu quo* de l'angine; reprise de la céphalée.

9 janvier. *Traitement au cinquième jour très bien supporté.*

11 janvier. La cautérisation iodique a été un peu vive et il y a un peu d'irritation pharyngée. Arrêt de tout traitement; gargarismes à l'eau chaude.

14 janvier. Gorge moins rouge; dysphagie moins douloureuse; céphalée depuis deux jours.

16 janvier. Lésions pharyngées sont stationnaires. Elévation de la température (38°). Courbature générale. Céphalée intense; on pense à de la grippe. Attouchement léger au bleu de méthylène.

23 janvier. *Reprise du traitement.*

25 janvier. Angine gutturale, spécifique d'aspect, est toujours vive avec douleur de déglutition que rien ne soulage. Céphalée matinale.

30 janvier. *Traitement arrêté* depuis le 28. Céphalée depuis trois jours. Gorge va mieux.

31 janvier. Un peu de mieux; même état local; céphalée persiste; *reprise du traitement.*

4 février. Même état, malgré 50 centimètres cubes de KI depuis le 1^{er} février. Désormais 1 gr. 50 de KI. La malade n'a pas encore ses dents de sagesse inférieures et la pression sur le point néo-dentaire est très sensible, mais surtout à droite; de plus, de ce même côté droit on trouve à la région rétro-maxillaire deux ganglions unis l'un à l'autre par un cordon lymphatique très net; on retrouve, mais avec une certaine difficulté, la même disposition à gauche. Ces diverses adénopathies sont très sensibles; la pression angulo-maxillaire est très sensible aussi

et cela des deux côtés. *A gauche*, où l'on ne trouve pas de chaîne lympho-adénique parotidienne, il y a de grosses glandes très sensibles sous la branche horizontale du maxillaire et de ce côté persistance anormale de la deuxième molaire de lait et absence de la dent de sagesse (maxillaire inférieur). La gorge est toujours dans les mêmes limites, *très rouge*, légèrement diphthéroïde et érosive; la déglutition très douloureuse.

8 février. Même état; se plaint de douleur rétro-maxillaire et sous-auriculaire; un peu de gingivite. Traitement suspendu depuis trois jours.

11 février. Iodure de potassium pris jusqu'au 8 inclusivement. Amélioration très nette et brusque de la dysphagie le 9. Ce matin, l'isthme est très net, bien moins rouge et a perdu presque entièrement son aspect ulcéreux et diphthéroïde. D'autre part, la pression rétro et sous-maxillaire et aussi la pression des points néo-dentaires, de la gencive et de la troisième molaire inférieure sont certainement beaucoup moins sensibles.

13 février. Isthme encore amélioré, mais non complètement normal. La céphalée est moindre.

15 février. Guérison à peu près complète, mais il existe derrière la deuxième molaire inférieure gauche un petit bourgeon gingival sensible.

18 février. Se plaint de picotements dans la gorge. Pas de douleur de déglutition. Aspect normal de l'isthme.

23 février. Gorge est absolument normale. Il n'y a plus de gêne de déglutition; le point *néo-dentaire droit* n'est plus du tout sensible. L'exploration même profonde et intense de la *région angulo-maxillaire droite* n'est plus sensible. La petite chaîne adéno-lymphatique est plus difficilement appréciable. *A gauche*, on sent encore d'assez grosses glandes sous-maxillaires, mais non sensibles.

Malade sort en assez bon état.

OBSERVATION IV

Syphilis. — Roséole floride, scarlatiniforme. — Syphilides cutanées et muqueuses. — Troubles vaso-moteurs et exagération très grande des réflexes. — Traitement intensif pendant six jours supprimé pour intolérance. — Disparition de la roséole; réflexes semblent moins vifs; persistance de syphilides. — Reprise du traitement intensif qui n'est pas supporté plus de deux jours.

R..., trente-huit ans, ciseleur en bronze.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, était cirrhotique. Mère morte de vieillesse n'ayant jamais été malade. Oncle maternel mort fou.

Antécédents personnels. — Est le dernier de treize enfants tous bien portants. Blennorrhagie à dix-huit ans. Alcoolique (trois litres de vin et plusieurs absinthes par jour). Sujet aux palpitations de cœur (au régime était dispensé d'exercice).

Histoire de la maladie. — Il y a un mois et demi s'est aperçu qu'il avait dans le sillon balano-préputial, à gauche du frein, un petit bouton, gros comme une tête d'épingle, qui suppurait. Aucun traitement.

Il y a un mois, apparition d'une roséole.

Plaques dans la bouche depuis trois semaines.

Légère diminution des forces; quelques douleurs dans les membres; pas de céphalée; pas d'amaigrissement.

Etat actuel. — On trouve à la partie antérieure et gauche du sillon balano-préputial une cicatrice rougeâtre, plissée, infiltrée. Double adénopathie inguinale et crurale.

Sur le cou et les membres, roséole floride à larges macules presque confluentes s'étendant aux membres inférieurs mais respectant la face.

Sur les bourses, syphilides papulo-squameuses étalées.

Plaques muqueuses dans le sillon balano-préputial, sur le sillon médian et les bords de la langue et à la partie supérieure du pilier antérieur droit du voile du palais.

Pas de chaîne nuchale; pas de ganglions épitrochléens. Dépilation.

Le malade se plaint d'entendre difficilement de l'oreille gauche depuis le début de la roséole. Bourdonnements et sifflements d'oreille.

Réaction pupillaire à la lumière est vive; réaction sensitive très forte; on la constate même à un contact. Réflexes rotuliens, plantaires, crémastériens, de la paroi normaux. Sensibilité normale au contact et à la piqure. Pas d'hyperesthésie musculaire: tremblement des doigts. Tendance marquée à l'érythroïde faciale. Dermographisme assez marqué. Pas de réflexe pileux.

16 mars. La raie dermatographique semble anormalement durable, mais surtout provoque sur les maculès qu'elle traverse et même leur voisinage un avivement extrêmement net de la couleur de l'érythème spécifique. Le réflexe sensitif de la pupille a diminué.

17 mars. Réflexe rotulien faible. Réflexe de la pupille à la douleur beaucoup diminué depuis le 15. Réflexe à la lumière devenu très vif.

Palpitations. — Depuis le régiment et encore actuellement à propos d'un exercice un peu violent (comme de monter un étage) le nombre des pulsations monte de 72 à 120; en même temps on constate que la roséole est avivée.

Au cuir chevelu, en dépit d'un savonnage récent, la tête est couverte de fines pellicules sèches; il semble que le cuir chevelu soit marbré de taches roses analogues à la roséole elle-même. La roséole est nette au niveau du front. Sur le corps, elle est nettement scarlatiniforme.

31 mars. Plaques muqueuses au niveau du bord droit de la langue depuis le 23. La roséole pâlit lentement; s'éclaircit surtout aux jambes. Inégalité pupillaire (pupille gauche est plus dilatée; réflexe sensitif de la pupille plus vif à gauche).

5 avril. Traitement intensif depuis six jours. Gingivite et stomatite légère du voile du palais. La roséole a disparu de la face: aux jambes et sur le tronc elle pâlit lentement. Réflexe pupillaire à la douleur à peine marqué. Réflexe rotulien plutôt fort. Réflexe plantaire moins prononcé.

13 avril. Reprise du traitement.

15 avril. Réapparition des phénomènes d'intolérance; suppression du traitement.

16 avril. Malade sort de l'hôpital, très amélioré. Les réflexes sont moins forts dans leur ensemble, mais encore vifs. Persistance de quelques petites plaques buccales,

OBSERVATION VI

Syphilis. — Chancre du doigt. — Roséole. — Traitement intensif, deux séries.

G..., vingt-sept ans, vitrier, salle Aran.

Décembre 1905. Au commencement du mois, en retirant des carreaux cassés d'une fenêtre, le malade se coupe profondément la pulpe du pouce avec un morceau de verre. Il lave la plaie avec de l'eau simple et se fait un pansement avec des morceaux de toile quelconques. La cicatrisation se fait au bout d'un mois, mais tout ce temps il avait continué à travailler à son métier de vitrier, changeant son pansement tous les soirs.

Janvier 1906. Guérison se maintient complète.

Février. Aux premiers jours du mois, sur la cicatrice apparaît un bourgeon charnu, indolore, qui s'accroît dès lors progressivement.

Vers le 11, il va consulter un médecin, qui lui fait une cautérisation au nitrate d'argent.

Au bout de huit jours, la lésion ne faisant que s'accroître, il entre salle Aran.

État actuel. — 19 février. Chancre du pouce droit, face palmaire, surmontant un plateau élevé et induré à surface creusée et régulière, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, indolore. Pas d'adénopathie sus-épitrochléenne, mais adénopathie axillaire. Très bon état général. Pas de céphalée. Pas de dépilation.

24 février. Début de roséole.

5 mars. Roséole en pleine efflorescence. Chancre commence à se cicatriser, mais lentement. Très bon état général.

23 mars. On a fait deux séries de traitement complet, du 24 février au 2 mars et du 14 au 19 mars. Chancre presque complètement cicatrisé ; il reste seulement une petite ulcération sur une cicatrice indurée et bleuâtre. Roséole presque disparue. Bon état général, seulement le malade se plaint de faiblesse au moment du traitement surtout. Pas d'autres lésions spécifiques.

Sort en bon état.

OBSERVATION VII

Paralysie générale. — Gomme ulcérée et gommès non ouvertes. — Traitement intensif. — Amélioration légère des éléments ulcéreux. — Dépression notable du malade. — Suppression du traitement au bout de six jours. — Amélioration des éléments continue à s'accroître et progresse rapidement. — Guérison dix-neuf jours après l'institution du traitement. — Etat général et mental paraît à peu près le même qu'à l'entrée (peut-être cependant un peu plus de dépression mentale).

S..., trente-cinq ans, ébéniste, salle Aran.

(Les renseignements fournis sur ce malade par lui ou par ses parents sont très incomplets et peu certains.)

Antécédents héréditaires. — Père éthylique; mère, bonne santé apparente; encore vivants. Frère ou sœur?

Antécédents personnels. — Très buveur et très irritable. Chancre, dit le malade, il y a sept ou huit ans.

Accidents secondaires probables : il croit se rappeler avoir été traité et sa femme (?) pense qu'il a eu des ordonnances, il y a cinq ou six ans, contenant des pilules.

Il y a quatre ans, enfermé un an à Sainte-Anne pour un « état nerveux » pendant lequel il n'avait plus de raison. Au bout de sept à huit mois on put le faire travailler. Il en sortit au bout d'un an et put reprendre son travail d'ébéniste et gagner régulièrement 4 à 5 francs par jour.

Sa femme a remarqué dans ces derniers temps (il y a trois à quatre mois) un peu de diminution de la mémoire et un notable changement de caractère. Trois à quatre semaines avant l'entrée, ces troubles se sont accentués.

Etat actuel. — Etat mental très affaibli : impossibilité de l'attention, dépression constante, aspect pleurard. On arrive cependant à le faire rire en lui parlant de choses gaies, mais il retombe tout de suite après dans sa tristesse sans objet.

Il pleure sans motif, simplement quand on s'avance vers lui. Manifestations émuës envers sa femme et ses parents.

Il désire s'en aller.

La parole n'est embarrassée et assez légèrement, surtout pour les mots difficiles, qu'après quelques minutes de conversation. Tremblement fibrillaire de la langue et légers mouvements « en trombone ». Pas de stigmates syphilitiques.

N'a jamais eu d'enfants et sa femme n'a pas fait de fausses couches.

Gomme ulcérée, anfractueuse du genou droit; au-dessous, deux petites gommès dermiques et sous-cutanées, ramollies, non ulcérées.

1^{er} avril. *Traitement intensif*: Emplâtre de Vigo sur les gommès. La gomme ulcérée est détergée; les autres n'ont subi aucune modification. Incision au bistouri d'une gomme non ouverte; le liquide bourbilloneux qui est recueilli est inoculé à un singe anthropoïde par M. Metchnikof.

4 avril. Légère amélioration de la gomme ulcérée. Traitement bien supporté, mais le malade paraît plus déprimé.

6 avril. Très déprimé; une seule piqûre et une seule pilule.

7 avril. Suppression du traitement. La gomme ouverte est en voie d'amélioration.

12 avril. Les éléments du genou guérissent: les progrès vers la guérison ne se sont pas arrêtés un seul jour depuis la suspension du traitement.

16 avril. Moins de dépression chez le malade; la gomme ulcérée est presque totalement cicatrisée.

19 avril. Guérison complète de l'ulcération; résorption et disparition des deux petites gommès.

12 mai. Depuis hier reprise du processus gommeux. On recommence le traitement demain matin.

22 mai. Début de salivation; arrêt du traitement. Dépression mentale semble avoir augmenté. Il existe toujours une ulcération gommeuse encore un peu bourbilloneuse, non bourgeonnante, à bords encore un peu infiltrés.

17 juin. Dépression mentale semble augmenter. Arrêt du traitement.

13 juin. Ulcération est en voie de régression. On recommence le traitement.

3 juillet. Ulcération va beaucoup mieux.

23 juillet. Guérison est complète. Etat mental est le même.

Le malade sort.

OBSERVATION VIII

Syphilis. — Accidents secondaires précocement tertiariés. — Syphilome diffus du front et du cuir chevelu. — Nervosisme léger. — Traitement intensif. — Guérison.

K..., soixante-seize ans, ébéniste. Salle Aran.

Présente une roséole à petits éléments, assez confluyente du tronc, disséminée sur le tronc, le cuir chevelu, le cou et la face, éléments variés dont la plupart sont figurés, à base nettement infiltrée, les uns ulcérés ou recouverts d'une croûte, les autres nettement corymbiformes.

Le début des accidents remonte à deux mois et demi ; la roséole a été la première en date.

Deux mois auparavant, le malade avait eu une écorchure de la verge dont aujourd'hui on ne retrouve pas la trace, mais par contre on sent une adénite inguinale et crurale double très nette.

Le malade a perdu ses cheveux, mais n'a pas eu de maux de tête et sa santé ne paraît pas avoir été altérée depuis quatre mois.

Il dit n'avoir pas eu mal dans la bouche, mais aujourd'hui on trouve une plaque commissurale gauche et dans la gorge quelques points blancs suspects.

Adénite cervicale et sous-maxillaire très nette.

Plaqué muqueuse anale.

Alcoolisme : un litre de vin par jour et deux ou trois apéritifs par semaine.

Quelques rêves, léger tremblement des mains ; pas de pituites.

Les digestions sont bonnes ; pas d'érythrose faciale après les repas, pas d'étourdissements, pas de sensation de pesanteur au creux épigastrique.

Légère hypersensibilité générale. Réflexes plantaires légèrement exagérés. Réflexes pupillaires normaux. Cercle sénile.

8 mai 1903. Début du traitement.

12 mai. Traitement bien supporté. Amélioration.

13 mai. Depuis hier soir, un peu de coliques, puis diarrhée très fréquente avec évacuation de matières glaireuses et sanglantes. Stomatite :

salivation et fétidité de l'haleine. Il semble y avoir une grande amélioration locale.

22 mai. Traitement bien supporté. Amélioration paraissant évidente au point de vue de l'épaisseur de l'infiltrat.

27 mai. Cessation du traitement.

13 juin. Amélioration a continué de s'accroître en l'absence de tout traitement.

Guérison totale du cuir chevelu et face antérieure du tronc, moins avancée à la face postérieure. La diarrhée s'est prolongée quelque peu très faiblement jusqu'à ces derniers jours, arrêtée aujourd'hui.

22 juin. Reprise du traitement complet.

24 juin. On ajoute une pilule. Les lésions, quoique simplement maculeuses, ont encore régressé.

28 juin. Traitement très bien supporté. Les maculations du dos passent au ton bistre.

3 juillet. Suspension du traitement.

7 juillet. Les lésions sont complètement guéries depuis longtemps. Il ne reste que de la maculature qui a diminué depuis la dernière reprise.

OBSERVATION IX

Syphilis. — Chancre labial. — Plaques muqueuses amygdaliennes. — *Cinq jours de traitement.*

D..., vingt-cinq ans, cuisinière.

Entrée à l'hôpital le 24 janvier pour deux ulcérations datant, la première, du commencement de décembre et siégeant à la partie médiane un peu sur la gauche de la lèvre inférieure, de la grosseur d'une lentille environ, la seconde survenue quinze jours après, beaucoup plus volumineuse, occupant toute la partie médiane de la lèvre supérieure ; non douloureuses. Ces deux ulcérations sont indurées, sans bords ni l'une ni l'autre taillés à pic, sans membrane diphtéroïde. Elles présentent un fond sanieux et des croutelles surtout marginales. Légère adénopathie à gauche. Pas d'adénopathie médiane. Etat nettement ichthyosique de toute la peau du corps. Pas de roséole actuelle. Aurait eu un ou deux jours avant son entrée à l'hôpital un semblant de roséole constaté à la

consultation du service. Traitement : a été déjà traitée avec des pilules pendant quinze jours, deux par jour ; traitement cessé il y a huit jours.

La malade, depuis de nombreuses années déjà, présente des céphalées, survenant il y a trois ans, au moment de l'arrivée de la malade à Paris, presque tous les jours et maintenant une ou deux fois par mois environ. Les douleurs assez vives siègent au niveau du front et de l'occiput ; elles ne s'accompagnent pas de troubles digestifs, ni de fièvre, ni de vomissements, ni de douleurs oculaires. Pas de chute des cheveux.

La malade a bon appétit, digère bien, un peu de constipation habituelle. Pas de picrophagie, pas de polydipsie, pas d'alcool, pas d'excès de café. La bouche et les dents sont en bon état.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance, quelques céphalées. Régée à quinze ans. Mal réglée au début, bien actuellement. Pas de grossesse, pas de fausses couches.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, cinquante-huit ans, garçon de café. Ne serait pas buveur. Mère morte à vingt-trois ans, de la poitrine. Un frère mort à vingt-deux ans, de la poitrine.

9 février 1907. Lésions des lèvres très améliorées après application continue d'un pansement humide. Apparition de plaques muqueuses sur les deux amygdales. Pas de roséole.

13 février. Amygdales un peu plus grosses ; chancres à peu près disparu ; pas de roséole.

18 février. Traitement intensif commencé ce matin.

19-20-21 février. Continuation du traitement. Rien à signaler.

22 février. Amélioration des plaques muqueuses. Pas de douleurs dans la bouche, pas de diarrhée. Dernier jour de traitement.

23 février. Douleur légère au niveau des gencives, mâchoire inférieure côté gauche ; Début de gingivite. Un peu de rougeur gingivale. Pas d'autre incident.

1^{er} mars. Guérison de tout symptôme de gingivite.

4 mars. Les amygdales sont très tuméfiées et nettement érosives. Sort sur sa demande.

Etat à la sortie : Excellent état général. Pas de trouble digestif. Le traitement intensif allait être repris.

OBSERVATION X

Syphilis. — Condylomes péri-anaux vulvaires et leucorrhée profuse. — Traitement intensif. — Guérison rapide. — Persistance de papillomes simples.

L..., vingt ans, couturière.

Entrée à l'hôpital, le 4 mars, pour condylomes des grandes lèvres. Chancre ignoré.

Pas d'antécédents syphilitiques. Pas de roséole; pas de céphalée.

Aurait eu il y a un mois et demi des douleurs stomacales avec tendance à des nausées, sans vomissement, ayant obligé la malade à cesser tout travail pendant quinze jours. Au même moment à peu près, une huitaine de jours après l'apparition des maux d'estomac, il survient sur la grande lèvre droite un bouton que la malade écorche; ce fut le début de ses condylomes.

Il y a quinze jours environ, apparition sur le front de papules érythémateuses; autres papules présentant un caractère circiné sur les côtés du nez et sur le menton.

Le 25 février, entre salle Moïana; une piqûre tous les deux jours; a eu trois piqûres.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves.

Réglée à quinze ans, bien réglée; pas de grossesse, pas de fausse couche, pas mariée. Il y a deux mois, leucorrhée très abondante « forçant la malade à se garnir »; durée, trois semaines. La malade l'attribuerait à un surmenage de travail. Depuis, avant chaque menstrue, quelques pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Père, soixante et onze ans, vivant, en bonne santé, maçon. Mère, cinquante-six ans, en bonne santé. Un frère de trente et un ans; trois sœurs dont une mariée avec enfants, pas de fausses couches.

Etat actuel. — Vaste placard condylomateux occupant les deux grandes lèvres, les sillons génito-cruraux et venant entourer l'anus. Adénopathie dans les deux aines. Taches anciennes flétries de roséole sur les flancs et le ventre. Omphalite écorchée, suppurant. Lésions au niveau du cou, syphilides, ainsi que sur la face, au front, dans le cuir chevelu, de chaque côté du nez et au menton. Appareil digestif en bon état. Bon

appétit; selle régulière. Encore actuellement, pertes blanches très abondantes obligeant depuis plusieurs semaines la malade à se nettoyer fréquemment la vulve et à prendre plusieurs injections chaque fois. Réflexes pupillaires vifs; pas d'inégalité, pas d'Argyll. Réflexes patellaires très forts, surtout à droite. Réflexes massétéris vifs.

13 mars. Souffre depuis hier de ses lésions (piqûres, brûlures), suintement des condylomes.

16 mars. Condylomes toujours douloureux, un peu suintants; quelques douleurs dans le ventre.

17-18 mars. Un peu de diarrhée.

19 mars. La diarrhée a cessé; apparition des règles depuis cette nuit; disparition des douleurs de ventre; l'état des condylomes est le même: ils sont toujours douloureux avec des picotements.

21 mars. Pas de douleur du ventre, qui n'est pas sensible même à la palpation profonde. Toujours du prurit et des picotements au niveau de la lésion. Pertes rouges et blanches très abondantes.

23 mars. Les règles ont cessé. Ventre non douloureux. Même état des lésions.

25 mars. Etat local sensiblement le même. On commence demain matin le traitement intensif.

27 mars. Amélioration des phénomènes douloureux au niveau des condylomes; continuation du traitement.

28 mars. Amélioration locale continue; les condylomes sont un peu affaîssés.

30 mars. Un peu de stomatite (la bouche de la malade n'a pas été mise en état). Arrêt du traitement après quatre jours; les lésions s'améliorent toujours.

2 avril. Stomatite va beaucoup mieux; les lésions aussi.

5 avril. Stomatite guérie, ne souffre plus du tout de ses condylomes. La malade voulant quitter l'hôpital la semaine prochaine, on recommencera demain le traitement.

6 avril. Traitement repris. Les condylomes vont bien.

7-8-9 avril. Continuation du traitement. Pas de gingivite, pas de diarrhée. Toutes les lésions spécifiques sont à peu près guéries.

12 avril. Traitement terminé le 10. Pas le moindre incident. Amélioration continue.

18 avril. Examinée par M. Siredey. Diagnostic : annexite gauche probablement gonococcique.

23 avril. Nouvelle reprise du traitement intensif.

29 avril. Les nappes condylomateuses n'existent plus qu'à l'état de reliquat maculeux, mais à leur surface, jusque et surtout à la fourchette et autour de l'anus, se voient en assez grand nombre des papillomes simples qui n'avaient pas été aperçus jusque-là et ne semblent pas avoir été influencés le moins du monde par le mercure.

30 avril. Traitement terminé hier ; pas le moindre incident.

6 mai. Malade sort de l'hôpital en très bon état.

OBSERVATION XI

Syphilide tuberculo-gommeuse de la région cervicale. — Guérison très rapide par traitement mercuriel.

L..., cinquante-quatre ans, serrurier. Entré, le 10 juin 1905, salle Aran.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Mère morte à quatre-vingt-cinq ans. Six frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — En 1893, chancre de la verge, durée une semaine ; vu à Ricord, cautérisé au crayon. Cicatrice au-dessous du méat. Pas d'éruptions, ni de maux de gorge ou de tête. Aucun traitement.

Il y a dix-huit mois, à son réveil, ne put bouger le cou, comme s'il avait eu un torticolis. Peu après, grosseur sur le côté gauche du cou, va consulter à Saint-Antoine où on lui fit une incision qui fit sortir, dit-il, un demi-verre de sang ; on lui ordonne KI qu'il prit pendant quinze jours (une cuillerée par jour).

Histoire de la maladie. — Entre pour une éruption étendue au cou, aux épaules, à la région claviculaire ; début il y a dix jours, mais précédée par des symptômes généraux, fièvre, perte d'appétit, malaise général. Aurait même eu pendant une nuit des vertiges et des vomissements bilieux. Forte constipation. Violentes démangeaisons.

Vient consulter il y a huit jours. On lui ordonne KI et antiseptiques intestinaux.

Actuellement, l'éruption siège sur la région nuchale où elle présente un aspect circiné disposé en deux arcades que l'on aperçoit en relevant les cheveux. Quelques-uns de ces éléments qui ont guéri ont laissé des macules brunâtres. Démangeaison encore forte: traces de grattage. Assez bon état général, quoique très constipé. Réflexes tendineux vifs. Réflexe pupillaire photo-moteur très faible.

16 juin. Traitement intensif est commencé.

19 juin. Traitement bien supporté.

Les lésions qui étaient en voie de régression lente spontanée ont presque totalement disparu en trois jours ainsi que le prurit.

22 juin. Guérison est complète.

OBSERVATION XII

Syndrome cérébelleux, avec crises d'exacerbation. — Chancre syphilitique il y a trois ans. — Ponction lombaire (lymphocytose). — Guérison par le traitement mercuriel.

B..., vingt-six ans, boulanger.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler: parents sobres et bien portants. Sept frères, dont un seul est buveur.

Antécédents personnels. — Syphilis il y a trois ans. Chancre du fourreau de la verge; cicatrice visible; plaques muqueuses (très fumeur). Soigné uniquement la première année par 25 pilules, supprimées parce qu'elles occasionnaient des vomissements.

D'après lui, pas de roséole, pas de syphilides cutanées.

Depuis l'âge de dix-sept ans, alcoolique (trois litres de vin, trois apéritifs par jour).

Depuis trois ans est devenu bien plus fortement alcoolique (trois à quatre litres de vin, deux à trois verres d'alcool, six à sept amers par jour). Très nerveux; très irritable.

Il y a un an, sans douleur, sans interruption de son travail, constate que son testicule gauche devient gros. Pas d'écoulement.

Il avait eu quelques maux de tête, mais assez rares, au cours de ces trois dernières années.

Fièvre typhoïde en 1900, suivie de céphalées, avec renforcement

après le chancre (?) Il était en bonne santé apparente lorsqu'il y a six semaines, il fut pris d'un rhume de cerveau accompagné de céphalées, n'empêchant pas le travail au début, mais le forçant bientôt à s'aliter ; elles l'empêchaient de dormir la nuit et bientôt s'y joignirent des vertiges surtout intenses le matin, quelques vomissements et état nauséeux durant une huitaine de jours.

Trois jours avant son entrée, il fut pris le matin en se promenant d'un ictus brusque, avec perte de connaissance, qui dura une heure environ. (Il ne travaillait pas depuis huit jours à cause de sa céphalée et de ses vertiges). Il n'y avait eu aucun prodrome, à part les vertiges du matin et la céphalée habituelle dans ces derniers temps. Il n'y eut ni émission d'urine, ni de morsure de langue, ni convulsions. Il reprit connaissance sitôt après une piqûre de benzoate de mercure que lui fit un médecin après la constatation de la cicatrice, trace de l'ancien chancre qu'il porte sur la verge. Les maux de tête furent un peu soulagés pendant la journée, après la piqûre, ainsi que les vertiges. Les jours suivants, l'état vertigineux reprit et le malade dut garder le lit ; il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel (22 avril 1905). — Malade un peu pâle et très abattu, se plaignant d'une violente céphalée lancinante, prédominant au vertex et à l'occiput. État vertigineux constant, un peu variable suivant les moments, mais quelquefois intense, l'obligeant à s'asseoir et même à se coucher.

La démarche est gênée ; lorsqu'il peut faire quelques pas, « sa tête tourne », il avance avec peine, sans avoir cependant une allure nettement ébrieuse. Réflexes exagérés. Réactions pupillaires normales à la lumière et à la distance.

24 avril. Plus de vomissements et presque plus d'état nauséeux. Céphalée toujours intense et le malade réclame à tout prix une piqûre qui, croit-il, le soulagera comme la première fois. Vertiges persistent et l'obligent à garder le lit (station debout et marches impossibles). Ponction lombaire. Les vertiges sont tels que le malade chancelle et tombe sur son lit lorsqu'on le fait asseoir au moment de la ponction et qu'on doit le soutenir. Tension du liquide très élevée : il coule en véritable « jet de fontaine » ; 12 centimètres cubes sont recueillis ; liquide limpide qui montre par coagulation une *abondante lymphocytose*.

Une demi-heure après, la tête est dégagée.

Une heure après, le malade peut s'asseoir sur son lit sans vertige et se tenir debout.

Il s'endort pendant quelques heures, complètement soulagé.

Cinq à six heures après, la céphalée revient, mais beaucoup plus faible qu'avant, et le lendemain les vertiges, bien que persistant encore, n'empêchent plus la marche.

Le malade demandant malgré cela une piqûre pour compléter l'amélioration, une injection de *1 centimètre cube de sérum physiologique* est pratiquée dans la fesse; une demi-heure après, la céphalée est de nouveau très soulagée pour toute l'après-midi et le malade peut rester levé quelques heures. La nuit est bonne; le lendemain, encore un peu de mal de tête et de vertiges, mais sans comparaison aucune avec l'état antérieur. Le malade descend quelques heures au jardin.

Cinq injections de sérum physiologique ont été faites au malade les jours suivants; il prétend actuellement n'avoir pas été beaucoup soulagé par elles et c'est pour cela d'ailleurs qu'on n'a pas continué.

Depuis son entrée, le malade a eu cinq ou six crises analogues à la première. Elles débutent brusquement par une douleur très forte à la nuque, « comme s'il y recevait un coup » — « c'est comme s'il avait un piston qui manœuvrerait dans sa tête ». — En même temps apparaissent des vertiges et des bourdonnements d'oreille. Pas de vomissements, mais diplopie. La crise dure une bonne heure; le malade se lève, fait plusieurs fois le tour de son lit en se soutenant pour ne pas tomber, et cela parce que le froid le soulage.

Pas de polyurie à la fin de la crise.

La crise semble spontanée; parfois elle est provoquée par des colères. Appétit diminué; pas d'amaigrissement. Bon état dans les intervalles des crises.

Il est à noter que l'antipyrine soulage très bien la céphalée et les vertiges. Muscles de la nuque sont très sensibles.

18 mai. *Au traitement mercuriel intensif.*

22 mai. Traitement bien supporté. Amélioration d'ensemble; hyperesthésie occipitale à la pression est notablement diminuée ainsi que la céphalée.

24 mai. Tolérance parfaite. Bon état. Diplopie binoculaire et non monoculaire.

31 mai. Diplopie binoculaire a disparu. Tolérance toujours parfaite. Plus de vertiges ; plus de maux de tête.

2 juin. Il n'y a plus ni céphalée, ni troubles visuels, ni troubles d'équilibre, ni douleur à la pression de la région nuchale. Le malade demande à sortir ; il doit revenir pour qu'on lui fasse une ponction lombaire.

Depuis sa sortie, il aurait pris sans arrêt deux pilules en moyenne par jour et sans inconvénient.

Le 10 mai 1906, après une période de céphalées d'une huitaine de jours, a été pris d'une sorte de vertige. Santé parfaite dans l'intervalle, sauf une chaudepisse contractée il y a un mois. Trois litres de vin en moyenne par vingt-quatre heures. Travail très dur (seize heures ? de boulangerie). A la suite de la chute, céphalée occipitale et syncipitale.

Reprise du traitement complet le 16 mai 1906.

28 mai 1906. Le malade sort après quinze jours de traitement, très amélioré. Vertiges et céphalée, très intenses au premier jour, ont disparu. Il doit suivre un traitement par deux pilules par jour de protoiodure de mercure.

OBSERVATION XIII

Chancre du fourreau de la verge. — Roséole. — Cinq jours de traitement intensif.

M..., vingt-neuf ans, cultivateur.

Histoire de la maladie. — Chancre depuis trente-sept jours, siégeant sur le fourreau, à la partie supérieure de la racine de la verge ; grandeur d'une pièce de 1 franc, nettement induré. Adénopathie inguinale double. Aucun traitement local.

Syphilide ulcéreuse sur le scrotum. Roséole assez discrète. Céphalée nocturne. Pas de chute de cheveux.

Appareil digestif : mange bien, digère bien.

Pas d'excès d'alcool ni de vin.

Bouche en très mauvais état.

Antécédents personnels. — Aurait eu à treize ans une fluxion de poitrine. Non marié.

Antécédents héréditaires. — Sa mère l'a reconnu lorsqu'il avait vingt

ans. Il l'a revue il y a huit ans et pas depuis; elle était en ce moment-là en bonne santé.

10 mars. La bouche du malade est mise en état. On procède à l'extraction de six dents.

22 mars. Le traitement mercuriel intensif est commencé ce matin.

23-24-25 mars. Continuation du traitement. Aucun incident.

26 mars. Un point de gingivite, gencives inférieures, au niveau des incisives; un peu de rougeur gingivale. Dernier jour de traitement.

28 mars. La gingivite est à peu près guérie; il n'y a eu aucun trouble digestif, pas la moindre diarrhée. Le chancre est en bonne voie de guérison, la roséole a tout à fait disparu. Plus de trace de syphilide sur le scrotum. Plus de céphalée.

5 avril. Malade sort de l'hôpital. Chancre guéri; pas d'autre accident.

OBSERVATION XIV

Syphilis. — Condylomes péri-anaux. — Traitement intensif.

L..., dix-huit ans, couturière.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Rostan, le 4 février, pour ulcérations à la vulve et à l'anus datant de trois semaines. La contamination remonterait tout à fait à la fin de décembre ou dans les premiers jours de janvier. La malade nie absolument avoir eu de rapports sexuels avant le mois de décembre dernier. Il y a trois semaines, début de la maladie par des démangeaisons survenant toujours la nuit, accompagnées d'érythème. Huit jours après, éruption de nombreux boutons qui suppurent et sont douloureux. Vient à la consultation du service et entre à l'hôpital.

État actuel. — En pleine période de roséole qui serait toute récente, puisqu'elle n'existait pas le 2 février à l'examen de la consultation. Pas de céphalée. Bon appétit. Pas d'excès alcoolique ou autre.

Examen de la vulve: Condylomes plats siégeant sur les deux grandes lèvres en placards et dans les deux sillons génito-cruraux. Deux placards en demi-lune grands comme la paume de la main autour de l'anus. Relief de un 1/2 centimètre environ, très rouges, suppurant. Adénopathie inguinale très légère; ganglions gros comme des pois.

Rien dans les antécédents héréditaires ou collatéraux; dans les antécédents personnels, à quatorze ans, fièvre muqueuse légère, durée de un mois. Au point de vue génital, à quinze ans, premières règles. Bien réglée. Pas de grossesse; pas de fausse couche. Quelques pertes blanches.

Examen de la bouche: Dents en mauvais état; plusieurs cariées, qui vont être arrachées.

9 février. Depuis deux nuits, insomnie complète, sans raison connue. Douleur d'aucune sorte. Un cachet de véronal de 50 centigrammes.

18 février. Au repos depuis huit jours; la bouche de la malade est mise en état; extraction de plusieurs racines; nettoyage de la bouche. Pas de nouveaux symptômes. Roséole persiste.

20 février. Recrudescence très vive des phénomènes douloureux au niveau des condylomes qui sont très exubérants et plus enflammés. Les pertes blanches ne semblent pas plus abondantes que d'habitude. Constipation habituelle. Une selle très peu abondante hier et très douloureuse. Cæcum et S iliaque sensibles et bourrés de matières dures. Un premier lavement glyciné a très peu d'effet; énorme débâcle après un deuxième lavement. Roséole persiste.

22 février. La sensibilité des régions iliaques et cæcales, qui était très vive, persiste à peine. La lésion locale n'est plus irritée, ni prurigineuse, ni douloureuse. Il y a des croûtes sèches assez exubérantes et il semble que la masse condylomateuse ait encore augmenté.

25 février. *Statu quo* ou peu s'en faut dans l'état des lésions. Il y a eu hier encore quelques élancements, mais beaucoup moins forts que précédemment; pourtant bon état digestif; les fosses iliaques sont libres, mais la malade s'est levée dans la matinée, ce qu'elle fait pour la première fois depuis quinze jours.

4 mars. Deux lavements glycinés donnés la veille ont peu d'effet. Cependant, les fosses iliaques ne sont pas douloureuses ce matin. Les lésions anales sont très douloureuses. Sensations de picotements. Début du traitement intensif.

6 mars. Il y a eu dans l'après-midi une débâcle importante qui s'est continuée dans la nuit. Ce matin, il n'y a pas de picotements, mais des démangeaisons comme d'habitude. Pression dans les fosses iliaques modérément sensible.

7 mars. Continuation du traitement; les démangeaisons au niveau des lésions persistent, mais les douleurs ont totalement disparu. L'examen au spéculum n'a pu être pratiqué à cause de la très grande sensibilité vulvaire.

9 mars. Une selle très peu abondante hier. Fosses iliaques toujours sensibles. Dernier jour de traitement. Lésions sont très améliorées; elles suintent moins; sont plus affaissées, ne sont plus prurigineuses. Pas de gingivite.

11 mars. A eu dans la nuit un vomissement alimentaire avec douleurs de ventre très vives; sensations de torsion, de coliques, réparties dans tout le ventre, sans prédominance de côté. Ce matin, encore des douleurs dans le ventre, mais beaucoup moins vives que dans la nuit. Une selle normale sans coliques. La malade a eu ses règles le mois dernier, le 9. Elle a habituellement deux à trois jours de retard. Elle se trouve exactement, par conséquent, à la période où devraient débiter ses menstrues.

12 mars. Après-midi d'hier bonne, pas de douleurs, bonne nuit; ce matin, quand la malade se tourne dans son lit, quelques douleurs; fosses iliaques sensibles au palper surtout à droite. Lésions en très bonne voie d'amélioration, aucune douleur; nul picotement. Roséole a totalement disparu.

13 mars. Pas de douleur hier après midi; une selle non diarrhéique le soir. Bonne nuit. A la palpation, fosse iliaque droite un peu sensible. La lésion n'est plus douloureuse, elle s'affaisse, a beaucoup pâli, ne suinte presque plus. Appétit tout à fait revenu.

16 mars. A souffert cette nuit de ses condylomes qui sont un peu enflammés ce matin. La malade se plaint d'un peu de douleur dans la gorge; on ne constate rien à l'examen.

20 mars. Les végétations de la région inguino-crurale supérieure continuent à s'affaiblir; les végétations périnéales et péri-anales sont encore très saillantes. Nul symptôme subjectif. Garde-robes normales sans lavements. Trachéo-bronchite légère depuis avant-hier soir.

21 mars. Etat sensiblement stationnaire. Trachéo-bronchite va mieux. Le toucher ne peut encore être pratiqué.

23 mars. Trachéo-bronchite guérie. Les condylomes péri-anaux sont douloureux spontanément depuis cette nuit (picotements et élanements).

25 mars. Il continue à y avoir aux condylomes des picotements et des élancements « tout comme avant », au point d'empêcher le sommeil, et les condylomes sont devenus, au périnée, beaucoup plus suintants et même plus saillants. Pas de selle hier ni aujourd'hui ; très peu avant-hier. Appétit depuis deux jours diminué ; aucune infraction alimentaire. Insomnie depuis deux jours. Pas de règles.

26 mars. Toucher vaginal pratiqué par M. Siredey ; diagnostic : annexite double avec une certaine prédominance à gauche.

27 mars. Sensations douloureuses persistantes ; le suintement et le bourgeonnement progressent et, d'une manière générale, le bourrelet périnéal gauche prédomine un peu sur le droit ; la pression dans les deux fosses iliaques est très douloureuse ; il y a peu de leucorrhée et *jamais il n'y en a eu beaucoup*. Le pansement local et les lavages sont bien faits et toujours dans les mêmes conditions.

28 mars. Pas de selle depuis avant-hier. Ventre douloureux. Lésions dans le même état toujours prurigineuses et suintantes.

29 mars. Un lavement hier sans effet ; ventre toujours douloureux. Lésion condylomateuse, élancements et picotements.

30 mars. Grande débâcle après deux verres d'eau de Sedlitz.

1^{er} avril. Les lésions vont mieux ; elles sont moins prurigineuses.

2 avril. Plus de picotements dans les condylomes ; encore un peu de prurit. Sensibilité persiste dans le ventre, surtout à droite.

4 avril. Une selle hier matin, normale. Les condylomes sont depuis hier plus douloureux (élancements et picotements) ; la sensibilité n'a pas augmenté dans le ventre. Pas de changement apparent dans l'état des lésions qui suinteraient peut-être davantage.

5 avril. Une selle pénible ce matin ; ventre sensible, surtout à droite. Condylomes toujours douloureux empêchant la malade de dormir.

6 avril. Bonne nuit ; les condylomes sont beaucoup moins douloureux ; le ventre n'est pas sensible ; une selle hier, mais peu abondante.

8 avril. De nouveau, douleurs dans les condylomes et le ventre ; constipée depuis deux jours.

9 avril. Au traitement intensif depuis ce matin. A eu, ce matin, une selle douloureuse et peu abondante.

10 avril. Ce matin il y a eu aux parties génitales un peu plus de sensations pénibles (tiraillements, picotements). Constipation plus

accentuée depuis deux jours; il y aurait peut-être un peu plus de bourgeonnement. Or nous sommes au moment habituel des règles, qui n'ont pas paru depuis deux mois. Même pansement local. Continuation du traitement Hg.

11 avril. Atténuation des douleurs; un peu moins de bourgeonnement et de suintement. Une selle ce matin. Ventre toujours très sensible.

13 avril. Quelques douleurs de ventre; on supprime le lavement mercuriel et on continue le traitement:

15 avril. Il n'y a plus, depuis trois ou quatre jours déjà, aucune sensation pénible aux parties; le suintement a disparu et il semble que les lésions tendent à s'affaïsser. La pression pelvienne est moins sensible. Traitement arrêté aujourd'hui, au septième jour inclus. Le lavement est supprimé depuis quatre jours en raison de coliques générales avec un peu d'élévation thermique et d'inappétence.

17 avril. Arrêt des coliques depuis deux jours. Température normale. Depuis hier, douleur dans le cul-de-sac gingivo-génien droit. Ce matin, forte gingivite tartrique avec ulcération gingivo-génienne postérieure, plus une plaque muqueuse sur le pilier antérieur droit. Pas de fétidité ni de salivation. Lavage de bouche et cautérisation teinture d'iode.

20 avril. Guérison presque complète de la gingivite; les lésions condylomateuses sont un peu améliorées.

24 avril. Tout lavement suspendu depuis le 29 mars; constipation un peu plus accentuée depuis trois à quatre jours; il semble qu'il y ait un léger réveil des picotements aux condylomes. Cependant la pression est très aisément supportable et paraît moins sensible dans les fosses iliaques, même immédiatement derrière le pubis.

25 avril. Traitement intensif commencé ce matin.

26 avril. Régression certaine mais très lente des masses condylomateuses. Pas de troubles sensitifs actuellement; bon état général, pas de constipation. Traitement bien supporté.

4 mai. Traitement suspendu le 30 avril et, depuis, cautérisation quotidienne des chancres du côté droit avec du nitrate acide de mercure. Régression assez appréciable de la masse condylomateuse.

6 mai. Depuis deux ou trois jours, leucorrhée plus abondante; le moment des règles approche (9). Très bon état général. Il n'y a plus nulle sensibilité rétro-pubienne, même à pression forte.

8 mai. La régression continue à droite ; elle existe aussi un peu à gauche, mais il semble évident qu'il y a parfois contact entre les deux surfaces. La leucorrhée diminue ; elle est revenue au taux ordinaire. Pas de constipation. Bon état général.

10 mai. La régression continue tant à droite où la masse condylomateuse est devenue comme racornie et desséchée, qu'à gauche où elle s'affaisse simplement sans cet aspect particulier. La leucorrhée serait moindre que d'ordinaire. Bon état général.

13 mai. A souffert un peu du ventre hier sous forme de coliques diffuses, n'avait pas d'appétit ; règles survenues ce matin, sans coliques ; abondance habituelle. Condylomes vont très bien, disparaissant de jour en jour.

17 mai. Règles ont cessé ce matin, ont eu abondance ordinaire, non douloureuses. La régression continue des deux côtés et elle est presque aussi avancée à gauche qu'à droite, pourtant il s'est fait à gauche un prolongement de la végétation condylomateuse jusqu'au fond du pli coccygien avec un peu d'extension à la partie droite la plus extrême de ce pli. Rien de changé au traitement.

20 mai. D'après la malade, la dernière période prémenstruelle aurait été douloureuse pendant deux jours (contradiction avec notre propre constatation du 13). Ce qui est sûr, c'est que la régression des masses primitives s'est accentuée ; d'autre part, le bourgeonnement juxta-coccygien gauche s'est renforcé ; il est suintant et un peu sensible. Pas de sensibilité pelvienne.

OBSERVATION XV

Ulcérations de la jambe droite probablement syphilitiques. — Traitement intensif. — Grande amélioration.

F..., cuisinière de restaurant, cinquante-neuf ans.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 avril, pour ulcérations de la jambe droite, datant : l'une, au niveau du genou, de novembre 1906, consécutive à une chute dans un escalier ; l'autre, à la partie inférieure de la jambe, de janvier, consécutive à une deuxième chute dans un escalier.

Antécédents personnels. — Pas de maladie importante.

Vie génitale : Régulée à seize ans ; leucorrhée habituelle. Première grossesse à vingt-huit ans ; accouchement six semaines avant terme, sans cause connue ; enfant ne vit pas. Deuxième grossesse à quarante-quatre ans ; enfant né à terme ; âgé actuellement de quinze ans, bien portant. Troisième grossesse à quarante-six ans qui se termine par une fausse couche de trois mois, survenue après un effort violent (?).

Mariée, mari très buveur. Il y a dix ans, glisse sur un rail, se tourne le pied droit ; repos de huit jours. Pas d'accidents spécifiques connus. Pas d'excès de vin ou d'alcool.

Etat actuel. — Ulcérations à la jambe droite, l'une au niveau de la cheville et du cou-de-pied, bourgeonnante, polycyclique, à aspect d'ulcère simple, à bords atones et décolorés : l'autre, au niveau du genou droit, même aspect, grandeur de la paume de la main.

Très mauvais état de la dentition ; refus de toute intervention dans la bouche.

26 avril. Plaies de la jambe sont peut-être un peu améliorées par le repos au lit ; elles n'auraient pas diminué d'étendue, mais seraient moins profondes.

27 avril. Premier jour de traitement.

29 avril. Pas d'incident ; continuation du traitement.

2 mai. Traitement terminé hier. Les lésions vont mieux, elles diminuent d'étendue.

8 mai. Amélioration des lésions continue. Les cinq jours de traitement ont été supportés sans incident, malgré l'état déplorable de la dentition.

13 mai. Une deuxième série de cinq jours a été très bien supportée. L'état local s'améliore rapidement.

OBSERVATION XVI

Hérédo-syphilis. — Ostéomyélite complexe. — Poussées de stomatite mercurielle concomitantes avec crises comitiales ? — Traitement intensif. — Amélioration.

P..., vingt-huit ans, fleuriste.

Entrée le 2 février pour suppuration de la jambe droite.

Début de la maladie actuelle remonte à quatre ans. Début par des

douleurs dans le tibia constantes, avec exacerbation nocturne. Sensations d'écrasement, de broiement. Six mois environ après, formation d'abcès qui se mettent à suppurer et qui suppurent encore. Traitement dans un dispensaire ; lavages à eau oxygénée, application de teinture d'iode. Aurait pris un sirop sur la nature duquel on ne peut avoir de renseignements.

Antécédents personnels. — Jusqu'à onze ans bien portante ; à partir de cet âge, angines à répétition, qui ont entraîné la disparition de la luelle. En même temps, tumeur blanche du genou droit, diagnostiquée par un médecin et traitée par application d'appareils silicatés pendant un an, régime fortifiant (huile de foie de morue, quinquina). Guérison. A treize ans, ophtalmie double — amaurose pendant trois mois — se traite (collyres) et guérit. A quatorze ans, suppuration de la branche droite du maxillaire inférieur. Ostéite consécutive à une carie dentaire. Elimination d'un séquestre. Cicatrice.

Vie génitale : Réglée pour la première fois à vingt ans ; a seulement deux ou trois menstrues et, à vingt et un ans, première grossesse, normale : enfant né à terme, vivant, en bonne santé et d'un développement régulier jusqu'à présent. Suites de couches normales ; retour de couches quinze jours après et depuis n'est plus réglée. Pas de pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Père, cinquante-neuf ans, repousseur sur cuivre, en bonne santé ; aurait eu une pleurésie et une plaie à la jambe consécutive à une contusion, ayant suppuré trois mois. Mère morte à quarante-deux ans, poitrinaire. Une sœur de la mère, épileptique. Un frère, vingt et un ans, au service militaire. Quatre sœurs, une sœur de trente et un ans, mariée, jamais de grossesses ; une sœur de vingt-quatre ans, a eu deux petites filles, une de six ans bien portante, une morte à trois ans ; une sœur de dix-huit ans.

Etat actuel. — Jambe droite en très mauvais état. Suppuration diffuse et abondante. Lésions des os, des muscles et de la peau, trajets fistuleux un peu partout. Douleurs violentes ostéocopes diurnes et surtout nocturnes dans toute la jambe droite remontant jusqu'à la hanche. Quelques douleurs même dans le membre inférieur gauche.

15 février. La malade a la bouche en très mauvais état, nombreuses dents cariées ; elle refuse absolument toute intervention de ce côté-là ; on commence cependant le traitement mercuriel intensif.

16 février. Après un jour de traitement, la malade constate de l'amélioration, ses douleurs de jambes ont diminué; pas de gingivite.

17-18 février. Continuation du traitement.

19 février. Sept ou huit selles diarrhéiques dans l'après-midi d'hier et dans la nuit avec coliques. Pas de douleur ni même de sensibilité dans la bouche.

20 février. Après cinq jours de traitement bien supporté avec un peu d'irritation gingivale, il s'est produit une amélioration notable dans les douleurs. La diarrhée a cessé.

21 février. Elancements douloureux dans les gencives. Joue gauche œdématisée. Gingivite assez intense au niveau des incisives. Jambe en bien meilleur état comme aspect; les lésions semblent se séparer. La malade souffre moins.

22 février. Amélioration de la jambe continue. Gingivite persiste.

25 février. Douleurs buccales ont diminué à droite, persistent à gauche. Jambe s'améliore. Pas de diarrhée.

5 mars. Jambe encore douloureuse, douleurs assez vives cette nuit au niveau du genou et de la cuisse. Grande amélioration de l'état local. Les trajets fistuleux tarissent et se ferment.

6 mars. Reprise du traitement intensif.

7 mars. Une crise de mal comitial pendant la nuit. Morsure de langue; émission involontaire des urines. La crise n'a pas été longue, n'aurait duré que quelques minutes; mais la malade est encore très fatiguée ce matin. Abrutissement et lassitude extrême. On continue le traitement.

8 mars. Traitement intensif depuis trois jours bien supporté. Depuis hier matin il y a à la jambe droite, cuisse et genou, des sensations de cuisson et ce matin nous trouvons effectivement cette région marbrée irrégulièrement comme par une brûlure au premier degré. Une glande douloureuse dans l'aîne droite; d'ailleurs nulle application irritante, sauf ZnO qui va être supprimé. Deux crises comitiales légères hier et une ce matin.

9 mars. Sensation de cuisson, douleurs persistantes; la jambe ce matin est cependant moins rouge. Continuation du traitement. Pas la moindre douleur buccale; pas de diarrhée.

11 mars. Traitement fini hier; depuis quelques jours l'amélioration

de la jambe a marché avec rapidité ; les plaies se sont fermées ; plus la moindre suppuration ; érythrose signalée le 8 mars a complètement disparu ; les mouvements de l'articulation du genou sont plus libres ; pas de diarrhée ; pas la moindre gingivite ; la deuxième période de traitement a été merveilleusement supportée, sans le moindre trouble gastrique ni intestinal ; l'état général s'améliore ; la malade mange avec appétit et a augmenté de poids.

13 mars. Aucune douleur buccale ; pas de troubles digestifs ; pas de diarrhée. Quelques élancements dans le pied et la jambe. Glande douloureuse dans l'aîne droite a disparu. Etat local très bon ; amélioration continue.

18 mars. Rien de nouveau. Toujours de la douleur au cou-de-pied et au tiers inférieur de la jambe. Du mercure continue à être éliminé par les urines.

20 mars. A souffert davantage cette nuit de la jambe et du cou-de-pied. Tibia est douloureux spontanément ; dans son ensemble, la région tibiale est tuméfiée, congestionnée, rouge, avec peau luisante et chaude. Au palper et surtout à la pression, le tibia est très douloureux, surtout en un point limité au niveau du tiers moyen. En trois points différents sur le trajet du tibia, points ulcérés spontanément avec une goutte de pus et fluctuation limitée. Rien de nouveau dans l'intestin ni dans le petit bassin. Depuis onze jours, la malade a cessé tout traitement mercuriel ; l'élimination mercurielle continue par les urines ; il y a des traces de mercure dans les urines recueillies hier.

21 mars. Traitement intensif recommencé ce matin.

23 mars. Toujours des douleurs dans le tibia ; les points qui s'étaient rouverts sont tout à fait refermés. Bon état général ; pas de stomatite ; pas de diarrhée.

25 mars. Les douleurs spontanées tibiales ont disparu depuis hier et les douleurs à la pression, qui étaient extrêmement vives, ont notablement diminué. L'ensemble de la région tibiale est décongestionné et moins chaud au toucher ; quelques petites douleurs dans le genou gauche. Bouche et gencives en bon état.

26 mars. Pas d'incidents buccaux ou diarrhéiques ; très bon état général ; traitement fini hier.

27 mars. Extérieurement, tout va bien ; il semble que depuis hier les douleurs tibiales se soient renforcées.

28 mars. Les douleurs continuent assez violentes, avec élancements à la partie interne et postérieure de la jambe, qui est chaude et rouge ce matin dans sa moitié inférieure.

30 mars. Douleurs moins vives.

2 avril. Les douleurs profondes persistent, mais surviennent moins fréquemment.

3 avril. Depuis hier, douleurs plus violentes; un point de suppuration s'est rouvert au-dessus de la cheville; le traitement intensif est repris ce matin.

4 avril. Même état local; douleurs persistent. Continuation du traitement.

5 avril. Douleurs continuent; rougeur de toute la jambe, qui est chaude, peau luisante.

10 avril. A eu cette nuit une recrudescence des douleurs dans les deux jambes.

20 avril. Jambe radiographiée ce matin. Douleurs diminuent.

29 avril. Depuis cinq à six jours, les douleurs sont notablement calmées.

2 mai. A souffert davantage cette nuit dans les deux jambes. Boursoufflement du tibia gauche, constatable à la palpation.

3 mai. Le cliché radiographique montre le péroné déformé, élargi surtout dans ses tiers moyen et inférieur; le tibia nettement boursoufflé dans toute sa partie interne.

4 mai. Il y a tuméfaction régulière et très appréciable de la face antéro-interne du côté gauche, prédominant dans le tiers supérieur, sans nulle modification de la couleur des téguments, mais ultra-sensible à la pression. Celle-ci est très sensible encore sur toute la face interne du tibia jusqu'à la malléole interne inclusivement. On découvre aujourd'hui seulement une énorme cicatrice en criblure occupant toute la région lombaire gauche et débordant même un peu sur la droite. Cette lésion est entièrement guérie; elle aurait évolué il y a six ans et en l'espace d'un mois (?). Pression extrêmement douloureuse sur les cruraux et les sciatiques des deux côtés. Nul trouble de santé générale ou locale appréciable à l'heure actuelle (digestion, menstruation, annexes).

Traitement : deux cuillerées d'iodure de potassium, 1 gr. 50; et une friction avec 5 grammes d'onguent mercuriel.

6 mai. Une friction est faite, le soir du 4 mai, dans le pli du coude, à gauche ; une deuxième friction est faite, par erreur, au même endroit le 5 mai et, dans la nuit du 5 au 6, douleur dans la joue droite, qui est enflée ce matin. Goût métallique, salivation abondante.

7 mai. La peau de la jambe droite est rouge, un peu luisante ; la tuméfaction de la jambe gauche a plutôt augmenté en surface ; les douleurs spontanées et à la pression sont vives dans les deux jambes, mais surtout à droite. La stomatite va mieux ; il y a moins de douleur et moins de gonflement ; on continue les frictions.

8 mai. Douleurs spontanées sont très atténuées dans la jambe gauche, persistent les mêmes dans la droite ; douleurs à la pression vives dans les deux jambes. Stomatite (?) paraît avoir régressé, bien que le Hg soit continué en frictions. La tuméfaction tibiale gauche est sensiblement la même.

10 mai. Douleur spontanée presque disparue à gauche, un peu atténuée à droite. Hyperostose tibiale gauche semble en régression.

Traitement par frictions et KI (3 gr. 50) continué.

OBSERVATION XVII

Dépilation intense, diffuse et en clairières dans une syphilis à début brusque, avec embarras gastrique et diarrhée. — Traitement. — Repousse ultra-rapide de la chevelure.

M..., vingt et un ans, fleuriste. Entrée, le 23 décembre 1905, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père paludéen. Mère bien portante. Sœur, paralysie faciale suite d'une émotion (?), durée deux mois. Frères ou sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Jamais malade jusqu'ici. Mariée ; mari très bonne santé. Deux enfants, un mort à cinq mois et demi, né en 1900. Un autre, né en 1901, âgé de quatre ans, bien portant.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, au moment de ses règles, émotion violente suivie d'arrêt des règles, de fièvre et d'insomnie. Huit jours après, dépilation commence aux cils, sourcils et cheveux qui tombent en totalité. Céphalalgie et éruption de boutons sur tout le corps apparus en l'espace d'un jour. En même temps, état gastro-intes-

tinal avec vomissements bilieux et diarrhée qui n'ont cessé que depuis trois à quatre jours.

Actuellement, la céphalalgie a disparu complètement. Encore quelques cauchemars nocturnes. Cuir chevelu présente de nombreuses lentes. Dépilation diffusée et en clairières. Sourcils presque entièrement tombés. Cils, dépilation légère. Il y aurait même eu de la dépilation des bras.

Syphilides : au niveau de l'aile du nez, de la partie supérieure de la face, de la partie interne des cuisses et du mont de Vénus. Macules brunâtres disséminées sur le corps et le front. Plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve et de l'anus. Ulcération de l'ombilic.

Bouche : dents en bon état ; dents de sagesse inférieures invisibles ; supérieures soulèvent la gencive mais ne provoquent aucune réaction locale. Amygdales et piliers de teinte rouge uniforme, mais absolument indolents.

Appareil génital : Aucun trouble, si ce n'est de la leucorrhée.

1^{er} janvier. Dépilation continue. État général excellent.

5 janvier. Dépilation persiste.

11 janvier. On commence traitement intensif.

13 janvier. Malade souffre de coliques et de diarrhée. Suspension du traitement.

15 janvier. Dépilation toujours abondante. Hyperesthésie du cuir chevelu au vertex. Douleurs de tête assez violentes.

17 janvier. Dépilation moins intense.

20 janvier. Traitement repris.

24 janvier. On arrête le traitement qui a été bien supporté. Dépilation de moins en moins abondante.

30 janvier. On reprend le traitement. Les cheveux commencent un peu à repousser.

3 février. La malade a eu un peu de diarrhée dans l'après-midi d'hier. Ce matin, plus de douleurs ni de diarrhée ; on continue le traitement. Lésion ombilicale suinte toujours beaucoup ; elle ne semble nullement améliorée. Les plaques anales sont guéries. Sur la peau de la région vulvaire, petites végétations grosses comme une tête d'épingle et une petite lentille, apparues depuis quinze jours.

8 février. Traitement arrêté au bout de cinq jours. On constate une repousse intense.

9 février. Il y a une repousse en masse ultra-rapide et les poils nouveaux, colorés, adhérents, parfaitement sains, ont une longueur de quelques millimètres à plus de 1 centimètre. Pas d'hyperesthésie appréciable. La chute pour le reste est suspendue ; la traction est très douloureuse ; cependant pas d'hyperesthésie à la brosse ou à la pression. Pas de prurit. Tête plutôt sèche, ni grasse, ni sudorale.

Très bon état ; pas de lésions buccales, ni isthmiques, ni de l'arrière-gorge.

19 février. Repousse continue. Certains cheveux nouveaux ont 2 centimètres. On reprend le traitement.

21 février. Arrêt du traitement pour coliques.

23 février. La malade sort ; la repousse est d'une activité vraiment extraordinaire surtout à la région frontale et syncipitale. Sur la bosse pariétale droite, la repousse est beaucoup moindre, c'est sur ce côté que la malade est le plus habituellement couchée.

Actuellement, la chute des cheveux adultes conservés est minime et déjà depuis au moins une quinzaine de jours.

Très bon état général ; il reste seulement quelques plaques ombilicales.

OBSERVATION XVIII

Syphilis. — Condylomes végétants sur intertrigo habituel. — Epilepsie probable. — Roséole disparaissant après arrêt de la bromuration. — Une seule période de traitement, avec efficacité nette.

R..., vingt-deux ans, doreur sur métaux. Entré, le 17 juin 1903, salle Aran.

Antécédents héréditaires. — Père pas très bien portant, sujet à des étouffements, travaille dans « le vin ». Mère serait morte à vingt-quatre ans, de la danse de Saint-Guy.

Antécédents personnels. — Jamais malade jusqu'à l'âge de dix-huit ans, où il fut pris de crises épileptiformes survenant le matin au réveil. En quatre ans, en a eu une trentaine environ. Réformé au régiment au bout de six semaines à la suite d'une crise semblable.

Il y a deux ans, première blennorragie bien guérie en quinze jours. Il y a un mois et demi, le malade remarqua qu'au-dessous de ses bour-

ses, à la partie supéro-interne des cuisses, la peau était rouge, enflammée, très prurigineuse.

Peu après, aux mêmes endroits, apparaissent des « boutons » et presque en même temps, sur tout le corps, une éruption du type roséole, très intense, sans démangeaison appréciable.

Le malade avait commencé depuis quelques jours un traitement aux trois bromures qu'il continua trois semaines, jusqu'à vendredi dernier. Il dut cesser pour intolérance (abattement, maux d'estomac).

Actuellement, la maculation rosée du tronc et des membres est très nette, bien qu'elle ait sensiblement diminué depuis trois jours, date à laquelle il vient consulter. Sur le scrotum, à la partie supéro-interne des cuisses, nombreux condylomes végétants. Sur le prépuce, plusieurs petites ulcérations non indurées que le malade n'avait pas remarquées. Adénopathie inguinale double et adénopathie cervicale. Gorge rouge; pas de dysphagie.

Système nerveux. — Pas de changement dans le caractère, seulement depuis trois semaines dort mal, est agité; il attribue cette agitation à la démangeaison des bourses et aussi à la préoccupation que lui cause le manque de travail. Il aurait eu, il y a une ou deux semaines, des étouffements produits par une douleur en ceinture accompagnée de douleurs vives, fugaces, dans les membres.

Urine, érections, rien d'anormal.

Sensibilité : Un peu d'hyperesthésie musculaire. Réflexes rotuliens normaux. Pas de Babinski. Réflexes pupillaires exagérés; sensitifs, très vifs. Réflexes cutanés exagérés.

23 juin. Il paraît évident que R... avait, de façon habituelle, de l'intertrigo et de la démangeaison aux aines et au périnée très longtemps avant toute éruption syphilitique. Et, d'autre part, il est sûr que la forte roséole du malade a débuté en plein traitement bromurique, qu'elle était très intense et très généralisée lors de son entrée et qu'elle a disparu en quatre à cinq jours après la cessation du bromure.

Bouche en traitement. Etat général meilleur.

1^{er} juillet. Bouche en bon état. Traitement intensif. Anorexie. Les lésions sont déjà en voie d'amélioration.

3 juillet. Amélioration continue. Lésions sont très affaissées. Une pilule en plus.

5 juillet. Lésions s'effacent à vue d'œil. Traitement continue.

6 juillet. On cesse le traitement; le malade a eu des coliques.

7 juillet. Lésions presque guéries.

10 juillet. Malade sort. Etat général bon; n'a pas eu de crises. Etat du système nerveux à peu près le même.

OBSERVATION XIX

Syphilis. — Roséole. — Plaques muqueuses buccales et vulvaires. — Action régressive commencée dès la première série de traitement; se continuant dans les périodes intercalaires.

Claudine H..., trente-huit ans, cuisinière. Entrée le 24 mai 1903, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père et mère inconnus.

Antécédents personnels. — Non mariée. Pas d'enfant. Pas de fausse couche. Pas d'alcoolisme. Rien jusqu'à vingt-cinq ans (1891), si ce n'est de fréquents maux de gorge, des digestions difficiles et des douleurs fréquentes d'estomac.

1891. Angine diphtérique soignée à Lyon (hôpital de la Charité); depuis, rien de grave, mais « faiblesses » fréquentes et troubles gastriques presque continus.

Avril 1900. Abscess du sein (suite de coup), opéré à l'Hôtel-Dieu. Immédiatement après, apparition de plaques rougeâtres sur presque tout le corps. Soignée pendant deux ans à Saint-Louis.

Janvier 1903. Apparition sur le frein de la langue d'une écorchure prurigineuse. Angine violente. Grosse adénopathie sous-maxillaire gauche indolore. Elle consulte alors un médecin qui diagnostique une pharyngite et lui prescrit un gargarisme à l'eau phéniquée. Au bout de neuf jours, disparition de l'ulcération sublinguale. Mais la gorge reste malade et sur le corps et les membres apparaissent de petites plaques rouges disséminées, non surélevées, non prurigineuses.

Février. Disparition de l'adénopathie. Gorge toujours malade. Eruption persistante.

La malade retourne consulter son médecin qui lui découvre de petites plaques blanches dans la gorge. Traitement : Collutoire phéniqué. Pas de céphalée. Pas de dépilation diffuse.

Même état jusqu'à aujourd'hui 24 mai.

Etat actuel (24 mai). — Plaques muqueuses et mal de gorge. Bon état général. Pas de céphalée. Pas de dépilation diffuse. Quelques maux d'estomac.

Sur le tronc, éruption érythémateuse disséminée.

Sur les bras, quelques éléments jambonnés disséminés.

Adénopathie inguino-crurale. Adénopathie sous-maxillaire.

Sur les grandes lèvres et dans le pli inguino-génital, plaques érythémateuses circonscrites.

Gorge très rouge. Amygdales tuméfiées, érythémateuses, avec un peu de suppuration cryptique. Fissure sanguinolente à la commissure. Bouche en très mauvais état.

29 mai. Traitement intensif.

3 juin. Traitement bien supporté. Un peu de diarrhée. Amygdales toujours très tuméfiées surtout à droite. Pharynx enflammé en entier. Adénopathie sous-maxillaire gauche douloureuse. Les grandes lèvres sont toujours bourrées de plaques œdémateuses et très rouges.

5 juin. La dysphagie qui existait a diminué; les lésions restent sensiblement les mêmes. Gingivite. Suspension du traitement.

9 juin. Les lésions continuent de régresser bien que le traitement soit interrompu depuis le 7 juin.

12 juin. Les lésions semblent continuer à régresser. Les cheveux tombent plus qu'avant depuis le quatrième jour. La malade dit que ses dents « branlent » davantage.

16 juin. Reprise du traitement. La gorge est détergée, mais les amygdales sont toujours volumineuses et rouges. Les lésions des grandes lèvres ont régressé nettement.

26 juin. Traitement bien supporté. La gorge continue de se déterger. Les lésions de la vulve sont en bonne voie.

28 juin. Gingivite surtout à gauche, en haut. Suppression du traitement.

30 juin. Reprise du traitement. Il semble que le pilier antérieur droit et l'amygdale droite présentent encore quelques lésions.

3 juillet. Traitement bien supporté. Gorge toujours rouge et un peu tuméfiée,

4 juillet. La malade sort de l'hôpital. Bon état général. Lésions

vulvaires ont complètement disparu. Amygdales, surtout la gauche, sont toujours rouges et un peu grosses, mais non ulcéreuses.

OBSERVATION XX

Syphilis tertiaire. — Première manifestation à la suite d'un coup de pied sur le bas-ventre. — Œdème de la main et de l'avant-bras droits par compression ganglionnaire. — Guérison d'une syphilis circonscrite de la nuque en quelques jours de traitement.

Louise P..., quarante-cinq ans, passementière. Entrée, le 23 juin 1903, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante et onze ans, apoplexie cérébrale. Mère vivante, bien portante. Quatre collatéraux morts en bas âge de maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Mari bien portant au moment où elle s'est séparée de lui. Jamais de grossesse. Réglée à seize ans, très irrégulièrement. Elle boit du vin et des apéritifs. Rien jusqu'en 1886.

Histoire de la maladie. — 1886. La malade reçoit de son mari un violent coup de pied sur le bas-ventre : elle avait alors ses règles. Au bout de trois jours, apparition d'une éruption de boutons très abondants, incolores, sur les grandes lèvres et le pubis, éruption tout à fait analogue à celle que la malade présente actuellement. A ce moment, aucun autre trouble. Mais elle est obligée de garder le lit pendant trois mois, à cause de la gêne résultant du coup de pied.

Une semaine après, « éruption de sang » sur tout le corps, plaques rouges, indolores, non prurigineuses, les autres lésions vulvaires demeurant les mêmes.

Pas de dépilation, pas de céphalée. Pas de maux de gorge ni d'adénopathie.

Aucun traitement. Les boutons vulvaires et l'éruption du tronc durent deux mois et disparaissent d'eux-mêmes.

1886-1898. La malade a retrouvé l'état de bonne santé qu'elle avait précédemment, aucun trouble général ou fonctionnel, ni physique, ni psychique.

Août 1898. Réapparition de l'éruption boutonneuse de la vulve, traitée par la malade avec des cataplasmes de fécule et disparue sans

autre traitement au bout d'un mois; seule localisation cutanée ou muqueuse.

Septembre. La malade s'aperçoit un matin au réveil que sa *main droite*, dont elle n'avait jamais souffert, est tuméfiée. Cette tuméfaction, indolore, ne l'empêchant pas de travailler, est limitée au poignet. A cette époque, pas de trouble ni d'accident, au moins connus et capables de causer cet œdème. Depuis trois ans elle se servait d'un peigne de plomb pour démêler les soies qu'elle travaillait, mais n'eut jamais d'accident de saturnisme.

Avril 1903. Apparition sur la face antérieure de l'*avant-bras gauche* et la face postéro-interne de la cuisse, d'un petit bouton rouge non prurigineux, demeurant stationnaire pendant sept mois. Aucun autre accident.

Novembre. Les boutons de l'*avant-bras* et de la cuisse commencent à s'étendre petit à petit, sans que la malade puisse rapporter leur extension à quelque cause connue, et cette extension se poursuit jusqu'à novembre 1904, date à laquelle elle s'arrête.

Janvier 1905. Les lésions de l'*avant-bras gauche* et de la cuisse droite ont cessé de s'étendre, mais dans la *paume de la main droite*, au niveau des têtes métacarpiennes, apparaissent des petites plaques non ulcérées, non douloureuses, rougeâtres, s'accompagnant d'une rougeur de toute la région et à leur niveau la peau se sèche et forme de petites desquamations non suintantes.

Peu à peu la lésion envahit toute la *paume de la main*, puis la face antérieure de l'*avant-bras*, le tout ayant évolué en deux mois et ne s'étant accompagné d'aucun autre trouble local ou général.

Mais en même temps qu'elle s'étendait sur l'*avant-bras*, l'éruption s'accompagnait d'une tuméfaction croissante de toute la région, s'arrêtant au pli du coude.

Aucun traitement.

La malade continue de travailler sans gêne.

15 mai. Même état des lésions cutanées. Sur la nuque, apparition, à la suite d'un repas au poisson, d'une éruption non prurigineuse, très rouge, d'étendue égale à celle qu'elle présente actuellement.

20 mai. La tuméfaction de la *main droite* augmentant et les autres lésions restant stationnaires, la malade vient à la consultation et entre dans le service.

22 juin. Aujourd'hui. Bon état général. Bon sommeil. Appétit faible. Malade très excitable, rit sans cause. Pas de dépilation. Pas de céphalée. Réflexes patellaires et pupillaires normaux. Sensibilité normale. Pas d'adénopathie.

Vers la partie moyenne de la face postérieure interne de la cuisse droite, plaque sèche rougeâtre foncé, dentelée, incolore, circonée, avec quelques croûtes blanchâtres et grises surélevées à la surface.

Au-dessus du bord supéro-interne de cette plaque, petit îlot semblable isolé sur la vulve; sur la vulve, éruption folliculaire, formée de gros éléments confluent, mamelonnés, rosés, indolores, non suintants, donnant aux grandes lèvres un volume anormal et débordant en placards sur le pubis et dans les plis génito-cruraux.

Sur la face antérieure de l'*avant-bras gauche*, vers le tiers moyen, plaque circonée en fer à cheval irrégulier, formée de deux files périphériques d'éléments papuleux rouges, brunâtres, juxtaposés et d'éléments anciens, bruns et plats avec entre elles une zone cicatricielle, blanchâtre, semée de taches brunes. Sur la *paume de la main droite*, d'une coloration rosée diffuse, plaques plus rouges, desquamantes, surtout abondantes à la périphérie où elles forment une ligne sinuée, débordant sur la face dorsale du pouce et dans les plis interdigitaux suintants. Se continuant avec cette lésion de la *paume*, placard érythémateux desquamant, à la surface gaufrée, sèche, à bords circonés, sur la face antérieure de l'*avant-bras* et en occupant le tiers inférieur.

La *main droite en entier*, sauf les deuxième et troisième phalanges, et l'*avant-bras* sont uniformément tuméfiés, d'une tuméfaction molle, indolore, avec godet léger sur la *main*, profond sur l'*avant-bras*. La tuméfaction est d'ailleurs peu dure.

La température du membre est égale à celle de l'autre côté. La force y est conservée, mais amoindrie; les mouvements d'extension, de flexion, de supination sont intacts; pas de douleur à son niveau, pas de fourmillement, ni d'engourdissement. Sensibilité cutanée normale.

Sur la nuque, à la base du cuir chevelu et remontant dans les cheveux, éruption circonée eczématisée, desquamante, non prurigineuse, débordant sur le cou à gauche et derrière les oreilles. Légère desquamation furfuracée sur la *tempe droite*.

Voûte palatine ogivale avec crête de Chassaignac. Gorge un peu

rouge. Poumons, rien. Cœur, bruits sourds et prolongés. Urines, pas d'albumine.

Aucun signe de compression actuel ou ancien sur le trajet du nerf intéressant le plexus brachial droit.

La malade présente une légère asymétrie faciale avec déviations des traits et de la *langue à droite*, adénite cervicale à droite. La pression du cubital au coude droit est absolument indolore.

28 juin. Les placards néoplasiques sont en voie d'extinction spontanée.

30 juin. Les lésions continuent à régresser. L'œdème, par contre, a peut-être augmenté.

1^{er} juillet. Mensuration.

Membre droit. — Main : à 6 centimètres au-dessous de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius, 22 centimètres, face dorsale ; — avant-bras : à 10 centimètres du premier pli radio-carpien face centrale, 23 centimètres. — *Membre gauche.* — Main : 18 centimètres ; avant-bras, 16 centimètres.

3 juillet. Lésions cutanées en voie de régression, surtout *sur l'avant-bras et la main droits* où elles ont presque disparu. Les règles qui étaient apparues hier continuent.

5 juillet. L'œdème *du bras droit* a augmenté. *Statu quo* de la lésion. Les règles ne sont pas terminées. Elle a été vaccinée il y a huit jours. Le vaccin a pris ; il existe de la *lymphangite aiguë du bras gauche vacciné* ; main, 21 centimètres ; avant-bras, 21 cent. 5. L'œdème a donc diminué sensiblement.

La *lymphangite du bras gauche* a beaucoup diminué et se trouve circonscrite autour des pustules vaccinales.

La *syphilide de l'avant-bras et de la main droits* reste dans le *statu quo*.

Celle de l'*avant-bras gauche* continue de se flétrir.

10 juillet. Les règles, commencées il y a une dizaine de jours, ont disparu hier seulement, mais après avoir été dans les derniers jours intermittentes et faibles.

La *lésion droite* a régressé ; la lésion gauche également. L'œdème droit est un peu mou et les mouvements plus libres.

Depuis hier, diarrhée abondante (cause ?). A la vulve, régression. *Statu quo* de la *syphilide de la cuisse*.

17 juillet. Bon état général. Les syphilides cutanées ont nettement rétrogradé, surtout celles *de la main et de l'avant-bras droits*. L'œdème a aussi diminué mais persiste.

La diarrhée, qui était apparue il y a quelques jours, a complètement disparu.

La malade quitte l'hôpital avant qu'on ne lui ait fait aucun traitement.

17 février. La malade revient pour une poussée d'eczéma qu'elle a au moment des règles.

Le *bras droit* a un peu diminué; la malade, quand elle coud, par moment ne peut pas travailler. Mensuration comme au 1^{er} juillet: Main, 19 centimètres (voir repères plus haut); avant-bras, 20 cent. 1/4. L'impotence du membre a augmenté un peu depuis la dernière fois; quelques douleurs à la face dorsale de la *main et de l'avant-bras*. A droite: Main, 18 cent. 1/2; avant-bras, 19 cent. 1/2. A gauche: Main, 17 cent. 1/2; avant-bras, 15 centimètres.

18 mai. A la nuque, vaste lésion, syphilide circonécée. Fissure labiale commissurale à droite. Le dentiste n'a rien constaté d'anormal.

26 mai au 1^{er} juin. Traitement intensif effectué sans encombre, sans diarrhée.

6 juin. Traitement est repris.

7 juin. Main droite, 19 cent. 1/2; avant-bras droit, 21 cent. 1/2. La vaste lésion circonécée de la nuque a presque disparu; il n'en reste que des taches rouges, à peine surélevées.

12 juin. Deux séries de cinq jours de traitement ont été faites jusqu'à présent sans accident, *les syphilides de la nuque et de l'avant-bras gauche s'améliorent encore*. De la première, il ne reste presque plus rien.

14 juin. L'œdème *de l'avant-bras est chaud*, il y a une différence de 7 à 8 degrés entre la température de cette région et des régions voisines.

22 juin. L'œdème *est moins chaud* et paraît avoir un peu diminué.

24 juin. Avant-bras, 21 centimètres; main, 20 centimètres. *L'avant-bras a diminué, mais la main a un peu grossi*.

26 juin. Nouveau traitement intensif de cinq jours est commencé.

6 juillet. Œdème est beaucoup moins chaud.

18 juillet. Règles apparues ce matin. L'œdème est de 6 à 7 degrés moins chaud que la peau normale. Main, 20 centimètres; avant-bras, 21 centimètres.

L'exploration de la région du cou montre à droite un ganglion douloureux à la palpation, gros comme un œuf de pigeon, qui comble l'espace maxillo-pharyngien, fait une saillie visible, déformant la région sterno-maxillaire, supprimant la gouttière maxillo-sterno-mastoïdienne.

Ce ganglion n'existe pas à gauche, en palpant le paquet sterno-mastoïdien et dissociant ses organes on sent que ce paquet est *plus grêle à gauche qu'à droite*; à droite, on y perçoit des masses ganglionnaires, les unes profondes, les autres plus superficielles; on en trouve de plus petites également dans la région sus-claviculaire du même côté.

Continuant l'exploration vers la région maxillaire, on trouve, *toujours à droite*, les ganglions sous-maxillaires volumineux et le cordon lymphatique épaissi, gros comme une trachée de poulet, qui l'unit au ganglion génien, douloureux à la pression. Epaississement de la face toujours du côté droit et hyperthermie cutanée. Emergence des nerfs douloureux.

L'exploration de la bouche montre des chicots à la *mâchoire supérieure à droite* et une dent cariée à la mâchoire inférieure du même côté. La malade n'a jamais souffert des dents.

20 juillet. L'après-midi, à quatre heures, on note, à la suite de l'exploration du matin, une hyperthermie très nette de *l'avant-bras droit et surtout de la joue droite*. Les règles sont apparues.

26 juillet. *L'œdème est moins chaud*, les règles sont terminées.

La malade quitte le service, en promettant de revenir faire soigner sa dentition.

OBSERVATION XXI

Syphilis. — Trois passages différents dans le service. — Traitement bien supporté, mais peu régulier.

O..., quarante-huit ans, cuisinière. Salle Rostan.

— Premier passage dans le service : Ulcérations du voile, des piliers et du pharynx. Traitements locaux variés, amélioration, puis état sta-

tionnaire. Traitement par onguent mercuriel. Amélioration rapide ; guérison presque absolue des ulcérations.

Début des accidents il y a trois ans.

Antécédents personnels. — A deux reprises a été soignée quinze jours dans le service pour maux de gorge ; amélioration mais non guérison dans cet espace de temps, car la malade était obligée de quitter l'hôpital. Continuation du traitement quelques semaines chez elle, mais d'une façon inégale.

16 janvier 1905. Entre pour mal de gorge, dysphagie prononcée (même pour les liquides).

A l'examen, on constate une vaste ulcération bourgeonnante, à anfractuosités nettes, dont le fond est bourbillonneux, qui recouvre toute la partie postérieure du voile, atteignant et dépassant même les piliers. A droite et à gauche, les piliers ont plus ou moins disparu et sont remplacés par des anfractuosités. Luette en partie détruite.

La malade est spécifique ; l'accident primitif est passé inaperçu. Roséole ? Plaques muqueuses ?

A son entrée, céphalée violente, à exacerbation nocturne, datant de plusieurs mois.

Bouche en très mauvais état. Ulcération empêche la malade de s'alimenter. Dysphagie très prononcée. Teinture d'iode ; gargarismes.

La bouche est soignée et, dans les jours suivants, on note une amélioration nette ; mais la malade se plaint toujours de sa céphalée.

11 février. Ponction lombaire suivie à quelques heures de distance d'une douleur dans la région lombaire, s'irradiant dans tout le côté droit. Persistance de la céphalée.

Les jours suivants, la malade se plaint de sa douleur du côté qui ne l'a pas quittée depuis la ponction. Aucun incident cependant au cours de la ponction : l'aiguille n'a pas buté ; le liquide est bien venu (quantité = 15 centimètres cubes environ). Examen du liquide : tension moyenne. Lymphocytose moyenne.

De plus, à l'examen de la malade, sensibilité subjective plus vive dans tout le côté droit ; réaction vaso-motrice plus vive du même côté. Le voile est plus rouge, plus enflammé, plus douloureux avec deux nouvelles petites ulcérations à 2 centimètres en arrière des dents de la mâchoire supérieure, à droite de la ligne médiane.

18 février. L'état de l'ulcération est stationnaire, les anfractuosités sont bien comblées, mais en plus il existe à droite une petite anfractuosité nouvelle, recouverte d'un enduit diphthéroïde. Les aliments et les liquides ressortent par le nez. Attouchements au bleu de méthylène.

Au bout d'une à deux semaines, disparition presque complète de la douleur de ce côté. Diminution de la céphalée. Amélioration de l'ulcération, cependant toujours renvoi des aliments et des liquides par le nez.

10 mars. Etant donnée l'allure presque stationnaire des lésions après l'amélioration lente mais assez progressive des premières semaines, malgré les soins locaux variés et répétés et à cause du rejet des liquides par le nez, phénomène qui n'existait pas au début, on met la malade à 5 grammes d'onguent.

18 mars. La malade sort de l'hôpital.

L'amélioration des lésions est réelle; il reste encore un ou deux points légèrement ulcérés au fond de la gorge, mais les ulcérations antérieures et celles du voile sont complètement fermées. L'aspect du voile est rose et lisse. Il persiste cependant encore du rejet des liquides par le nez dans les mouvements de déglutition.

— Deuxième passage (juin 1905) : Vastes délabrements gommeux du voile du palais et de l'isthme. Traitement intensif actif; à sa suppression, la dysphagie recommence. Nouvelle série, sauf injections qui, non tolérées, sont remplacées par une pilule supplémentaire. Sort guérie, sauf déformations acquises.

7 juin. La malade entre pour mal de gorge. Assez bon état général. Mais céphalée violente, surtout la nuit, qui la réveille dès qu'elle commence à dormir; le jour, elle persiste mais moins vive, affectant plutôt le caractère de battements au niveau des tempes. Appétit est bon, mais la malade est obligée de s'abstenir dans une certaine mesure de manger, les aliments lui revenant par le nez. La soif est vive. Pas de dépilation. Douleurs jusque dans les genoux.

Hyperesthésie superficielle et profonde des membres inférieurs, dans la jambe droite surtout où la malaxation du mollet est très douloureuse. Réflexes rotuliens sont exagérés.

Pas d'éruption sur le tronc, les membres, ni la face. Pas d'adénopathie.

L'examen de la gorge laisse voir le voile du palais pâle et flasque, atrophie en totalité, considérablement réduit, rétracté en avant. Le naso-pharynx paraît béant en arrière. La luette, très grêle, est rouge et légèrement déviée à droite et accolée à l'amygdale. Les piliers antérieurs sont effacés et déjetés en dehors; les piliers postérieurs rapprochés de la ligne médiane, comme ramenés en avant. L'amygdale gauche a disparu. L'amygdale droite, très rouge, avec un peu de suppuration cryptique, ulcérée, est fusionnée avec l'arc postérieur du voile très rouge lui-même. Immédiatement en arrière des rebords osseux des palatins, cicatrice blanchâtre, tendue entre l'extrémité supérieure des piliers antérieurs. Sensibilité à son niveau très diminuée.

Déglutition très difficile; pour avaler, la malade rejette la tête en arrière.

9 juin. *Statu quo*; attouchements au bleu.

13 juin. Dysphagie s'est un peu aggravée.

18 juin. *Traitement intensif* avec une pilule supplémentaire.

23 juin. Suspension du traitement. Dysphagie s'améliore. Pas de troubles toxiques.

26 juin. Amélioration continue d'une façon très nette.

28 juin. *Reprise du traitement* en raison de la réapparition de la dysphagie.

30 juin. L'injection provoque des douleurs. Dysphagie très atténuée. Aspect de l'arrière-gorge est bon. Suppression des injections.

6 juillet. *Arrêt du traitement* pour léger malaise (mal au cœur).

8 juillet. Malade sort de l'hôpital. Etat général excellent. Gorge beaucoup moins rouge. Dysphagie a disparu. Voile du palais est plus ferme, mais la luette a complètement disparu. Plus d'ulcérations pharyngiennes et l'orifice pharyngo-nasal résultant de la rétraction en avant du voile a sensiblement diminué, mais la malade rejette toujours les liquides par les fosses nasales quand elle boit un peu vite. Hyperesthésie du membre inférieur droit persiste.

-- Troisième passage (août 1905) : Réapparition de l'accident local. Malade sort avec une légère amélioration après deux séries de traitement intensif.

2 août. La malade qui, depuis une huitaine de jours, souffrait de dysphagie, vient à la consultation et entre dans le service. Elle présente

une large ulcération sanieuse, suppurante et saignante en arrière de l'amygdale droite, se prolongeant loin vers le pharynx. Sur le reste du pharynx, pharyngite granuleuse.

Dès son entrée, *traitement intensif*. Attouchement local au bleu de méthylène.

5 août. Même état. Céphalée violente, nocturne surtout. Traitement bien supporté.

7 août. *Traitement supprimé* aujourd'hui, bien supporté. Amélioration légère de la plaie pharyngienne.

10 août. Ulcération du pharynx se déterge peu à peu, mais est toujours très étendue. Céphalée améliorée par antipyrine.

14 août. Continuation de l'amélioration, mais lente. Dysphagie moindre. Céphalée persistante. *Reprise du traitement*.

18 août. Céphalée a disparu. Etat de la gorge stationnaire.

23 août. Peu de modifications localement. Attouchements au crayon de nitrate d'argent. Traitement bien supporté.

27 août. Malade demande à sortir. Légère amélioration locale.

Le traitement intensif (sans injection) a été bien supporté du 14 au 27 août.

OBSERVATION XXII

Syphilis. — Accident initial méconnu. — Syphilides tuberculeuses en larges placards datant de plusieurs années. — Traitement intensif : plusieurs périodes. — Amélioration rapide se poursuivant dans les intervalles.

L..., soixante ans, cuisinière. Entrée, le 14 juillet 1903, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père mort, mère morte à soixante-dix-huit ans, maladies inconnues. Un frère, une sœur, morts de maladies inconnues.

Antécédents personnels. — Non mariée. Un enfant de père inconnu mort à six semaines. Pas de fausse couche. Réglée à dix-huit ans. Etant enfant, jamais de coryza, d'otite ou d'ophtalmie. Pas de maladie jusqu'en 1903. Alcoolisme (deux litres et demi de vin et des apéritifs).

Février 1903. Apparition sur les jambes de boutons surélevés semblables à ceux qu'elle a actuellement, mais beaucoup moins étendus, non prurigineux.

Aucun traitement.

Conserve un très bon état général et continue son travail sans fatigue.

Les mois suivants, l'éruption persiste, surtout abondante les jours de grande chaleur et toujours sans aucun trouble fonctionnel. Mais elle s'étend progressivement au tronc et aux bras. L'hiver, les lésions pâlis-saient, mais ne disparaissaient jamais.

1904. Même état des lésions cutanées et persistance d'une santé floris-sante, avec les mêmes alternatives de recrudescence et d'amélioration de l'éruption.

1905. Au commencement de l'année, les boutons s'étendent, devien-nent plus rouges et envahissent le dos.

La malade consulte un pharmacien qui lui donne de la poudre d'amidon.

Juillet. Fatiguée par son métier, très pénible, elle quitte sa place. Entre à l'hôpital le 14.

16 juillet. Bon état général ; bon appétit, bon sommeil. Pas d'excita-tion ; réflexes normaux. Pas d'adénopathie.

Sur le dos, à la région interscapulaire surtout, larges placards circi-nés comprenant une bordure ondulée d'éléments papuleux rouge pâle, circonscrivant une zone intermédiaire gaufrée, gris sale, aplatie. Ces éléments sont absolument indolores et on en trouve encore sur les épaules, les bras, les fesses et les plis fessiers.

Pas de céphalée. Pas de dépilation. Pas d'éruption autre.

22 juillet. *Traitement intensif*.

24 juillet. Traitement bien supporté. Affaissement de la bordure néoplasique a commencé.

25 juillet. Gingivite. Tuméfaction du segment gauche de la lèvre supérieure. La face interne des lèvres et les gencives sont le siège d'une sensation de brûlure très vive. *Suspension du traitement*.

27 juillet. La régression de la bordure néoplasique s'est accentuée d'une façon très nette. Bon état général.

2 août. *Reprise du traitement*. Il semble que le bénéfice ne soit pas encore complètement arrêté.

4 août. Traitement bien supporté. Les placards continuent de pâlir.

5 août. *Suppression du traitement*. Aucun accident ; régression continue.

8 août. Régression persistante mais très lente, lenteur contrastant avec la rapidité du processus régressif du début.

9 août. Les placards pâlissent lentement, mais leur bordure néoplasique a presque totalement disparu et il ne reste guère que quelques plaques desquamantes à leur niveau. *Reprise du traitement.*

12 août. Traitement bien supporté. Les néoplasies circonscrites ont disparu, sauf quelques rares éléments peu indurés et en pleine voie de régression. Les éléments érythémateux sont aujourd'hui très pâles.

14 août. Traitement arrêté aujourd'hui. A été très bien supporté.

16 août. Sortie de la malade dont les placards sont très pâles et plus du tout indurés.

OBSERVATION XXIII

Roséole. — Plaques muqueuses, plaques de la langue. — Violente céphalée depuis longtemps, cédant brusquement en deux jours après la mise en état des dents. — Périostite frontale précédée d'un coryza violent. — Traitement intensif. — Guérison rapide.

B..., vingt-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte, père bien portant : géniteurs jeunes. Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à vingt ans, trois mois à l'hôpital.

Histoire de la maladie. — 10 février. Plaque clitoridienne (aurait remarqué cependant un petit bouton deux ou trois jours auparavant). Presque en même temps apparition d'une roséole importante, de céphalée surtout nocturne, martelante, réveillant la malade, de perte d'appétit, d'amaigrissement. Cette céphalée, très intense et d'une durée d'un mois, était d'autant plus mal supportée de la malade qu'elle n'avait jamais souffert de la tête auparavant.

État actuel. — 20 février 1905. Roséole importante du tronc et des membres. Plaques buccales et vulvaires, plaques buccales de dépapillation. Céphalée intense, pas de chute de cheveux. Rougit facilement, ne devient pas rouge après le repas. Digère assez bien. Amaigrissement. Asthénie notable. Dents : extraction de quatre racines et de trois dents.

3 mars. Après extractions diverses, la céphalée, qui n'avait pas cédé jusqu'à ce jour, disparaît complètement l'après-midi et la nuit.

4 mars. Réapparition d'une céphalée assez violente dans l'après-midi, mais cependant moindre qu'auparavant et correspondant avec une ascension de température à 38°5 ; la malade a beaucoup souffert au niveau de points qui ont été meurtris par l'extraction dentaire.

5 mars. Amélioration considérable et diminution de la céphalée.

12 mars. La céphalée n'a pas reparu depuis une semaine, la cicatrisation des gencives se fait bien, elles ne sont plus douloureuses.

22 mars. Quelques douleurs de tête, surtout le matin et le soir, mais moins fortes et localisées surtout à la région temporale des deux côtés.

État anémique assez marqué, légère décoloration des muqueuses, pâleur assez franche du visage.

8 h. 45 matin (Malassez) : Globules rouges, 2.670.000 ; Globules blancs, 5.400.

28 mars. La malade a depuis trois ou quatre jours un rhume de cerveau, le nez a beaucoup coulé. La malade n'a que rarement des rhumes de cerveau et ne sait à quoi attribuer le rhume actuel, elle s'est réveillée un matin avec le rhume.

Le mal de tête s'est déclaré dans l'après-midi et a continué depuis. Il est plus fort le jour. Siège sur le front sans être plus accentué d'un côté que de l'autre.

La malade ne reconnaît pas les qualités de sa céphalée antérieure. Le siège depuis l'origine de ce récent mal de tête est exclusivement frontal, tandis que le précédent était principalement occipital avec des sensations lancinantes. Aujourd'hui, la sensation est surtout constrictive, tensive, avec répercussion oculaire. Lors des précédents coryzas, pas très fréquents d'ailleurs, il n'y aurait pas eu céphalée comparable à celle d'aujourd'hui.

29 mars. Epistaxis de la narine gauche, suivie d'un soulagement notable du mal à la tête. La percussion de la région frontale droite est très sensible et, au dire de la malade, le serait depuis le début de la céphalée ; tendance au larmoiement.

31 mars. Deuxième piqûre de 0,01 de biiodure.

2 avril. Œdème cutané et, au-dessous de l'œdème, petite zone périostique. Douleur à la percussion, de la région frontale droite jusqu'à 4 ou

2 centimètres en arrière de la bordure des cheveux. Douleur à la percussion des régions sus et rétro-auriculaires gauches. Plaque fissuraire de la commissure droite. Grandes plaques décapillées et érosifs sur la langue. La roséole n'existe plus qu'à l'état de reliquat, notamment sur les cuisses.

Traitement intensif.

Réflexe sensitif de la pupille fort. Souffre encore de sa tête, élancements, tiraillements, mais le mal de tête a néanmoins bien diminué. Tête sensible au toucher.

5 avril. Bosse périostique presque complètement affaissée. Il y a encore une région très sensible à la percussion à l'endroit et un peu au-dessous de la bosse périostique. A la partie incisive du maxillaire supérieur, les gencives sont tuméfiées et présentent un aspect godronné.

8 avril. La bosse périostique a complètement disparu. Suspension du traitement qui « fatigue » la malade.

9 avril. Les gencives sont gonflées et douloureuses; la salivation et la fétidité de l'haleine commencent à apparaître.

12 avril. L'état de la bouche est bon. L'épidermisation linguale se refait avec une grande rapidité; les zones lisses, vernissées, qui s'étalaient en larges surfaces, se restreignent rapidement. L'état général est excellent.

15 avril. La malade quitte l'hôpital; rien à la vulve; quelques plaques buccales en voie de régression, traces de maculation légères, suite de la roséole. Très bon état général, aucune douleur, bon appétit, pas de céphalée.

20 avril. La malade revient se montrer; l'état général est toujours bon, mais la malade s'est surmenée (coût, etc., etc.) et paraît assez fatiguée.

27 avril. Plaques buccales nouvelles, pas de sensibilité à la percussion de la face.

OBSERVATION XXIV

Syphilis. — Syphilis secondaire (roséole, adénopathies, céphalée, grande nervosité).

— Tuméfactions clitoridiennes (pendant le traitement). — Traitement intensif (deux périodes) bien supporté et actif sur syphilis secondaire, mais récursive rapide.

M..., âgée de vingt et un ans, foraine. Entrée, le 4 juin 1903, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père, mort d'accident à cinquante-deux ans. Mère, morte en couches. Trois collatéraux vivants, bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à huit ans. Jamais de grande maladie, mais tempérament malingre. Maux d'estomac fréquents. Régliée à douze ans et demi. Mariée, mari syphilitique ; deux enfants : un vivant bien portant, un mort en bas âge. Pas de fausses couches.

Rien jusqu'en 1903.

Histoire de la maladie (fin mars 1903). — Pertes blanches abondantes. Céphalées diurnes très violentes. Dépilation. Adénopathie inguinale douloureuse, bilatérale.

Avril. Plaques rouges légèrement prurigineuses sur les bras et les cuisses. Céphalée, dépilation persistantes. A ce moment, aucune ulcération constatée des organes génitaux ni de la bouche.

Mi-avril. Maux de gorge s'ajoutent aux troubles préexistants. Malade devient très nerveuse ; change de caractère, devient très irascible, mélancolique. Pas de traitement.

Mai. Apparition de boutons sur la face externe des grandes lèvres et d'une douleur vive dans tout le ventre rendant la marche très pénible. Céphalée, maux de gorge, dépilation, éruption persistent. Toujours pas de traitement.

4 juin. Entre à l'hôpital.

Etat actuel (5 juin). — Céphalées nocturnes. Dépilation diffuse. Bon état général ; bon appétit. Insomnies. Roséole sur le tronc, la face interne des cuisses et les bras. Adénopathies inguinales, sous-maxillaire. Gorge un peu rouge. Grande nervosité. Réflexes normaux. Pas d'alcoolisme. Légère pigmentation du cou. Gingivite inférieure.

9 juin. *Traitement.*

12 juin. Céphalée plus vive, mais la malade est tombée il y a deux jours sur la région frontale droite. Eruption a nettement pâli. Traitement bien supporté.

13 juin. Amélioration de la céphalée. Eruption a disparu. Souffre un peu en urinant depuis hier.

16 juin. Le clitoris dans son ensemble est rouge et le repli sus-clitoridien est exulcéré à sa base, à droite; la douleur siège à son niveau. Condylomes végétants de l'anus.

23 juin. Le clitoris est toujours rouge et exulcéré à droite. Le condylome semble n'être qu'une marisque dont la peau a subi la papillomatation banale.

26 juin. Traitement bien supporté. Bon état général. Lésions en pleine voie de régression.

27 juin. Coliques. Légère tuméfaction gingivale. *Suspension du traitement.*

1^{er} juillet. Dysphagie. Légère rougeur du pilier gauche.

3 juillet. Dysphagie a disparu. Gorge rouge des deux côtés.

8 juillet. Gorge et amygdales sont nettes. Pas de dysphagie. Bon état général.

10 juillet. Le nervosisme s'est bien atténué. Réflexes sont redevenus normaux. Hyperesthésie cutanée et musculaire persiste. Toutes les lésions cutanées, vulvaires, anales ont disparu. Seule la pigmentation du cou persiste. La malade sort de l'hôpital.

22 août. Passage de la malade dans le service pour torticolis (trapèze), vomissements, éruption aux avant-bras.

Traitement intensif. Sort le 20 septembre, guérie.

OBSERVATION XXV

Syphilis. — Ulcération de la fourchette (probablement accident initial). — Hyperesthésie cutanée et musculaire. — Prurit. — Névralgie. — Eruption papulo-squameuse. — Traitement intensif peu efficient. — Œdème de la grande lèvre droite, avec floraison d'éléments éruptifs inguinaux surtout à droite, précédés et accompagnés de douleurs pelviennes et crurales à droite. — Annexite double

Claire D..., dix-sept ans, couturière. Entrée, le 20 juin 1903, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant. Mère vivante, bien portante. Un frère mort en bas âge de maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Rougeole à quatre ans. Ophtalmie pendant six mois soignée par un spécialiste. Régée à quinze ans.

Juin 1904. Pelade occipitale survenue en même temps que névralgies dentaires intenses, ayant duré pendant huit mois, soignée à Saint-Louis, maintenant complètement guérie.

Mai 1905. Au commencement du mois apparaissent des maux de tête violents, continuels, surtout marqués la nuit, empêchant tout sommeil. Malade devient triste, revêche, irritable. Souffre en urinant; découvre à l'angle inférieur de la vulve une ulcération. Maux de tête, irritabilité, insomnie persistent et s'exagèrent.

Quelques jours après, tuméfaction douloureuse des ganglions de l'aîne droite, gênant beaucoup la marche. Aucune consultation; aucun traitement.

Juin. L'ulcération génitale qui s'est accrue progressivement a atteint le diamètre d'une pièce de 1 franc et provoque de vives douleurs quand la malade va à la selle. Maux de tête de plus en plus violents. Agitation, irritabilité croissent et atteignent un degré tel que la malade est obligée de quitter sa place le 13. Toujours pas d'éruption.

20 juin. Entrée à l'hôpital. Bon état général (bon appétit; sommeil léger). Céphalée intermittente frontale. Pas de dépilation. Adénopathie inguinale droite douloureuse. Sur la face interne des cuisses, quelques rares éléments papuleux rougeâtres. En avant de la fourchette, exulcération étendue en surface, non indurée, reste d'une ulcération plus étendue dont on perçoit la cicatrice sur la face interne de la commissure inférieure de la vulve. Hypersensibilité cutanée et musculaire. Nervosisme exagéré; la malade est très irritable, rit et pleure facilement. Exagération des réflexes. Gorge un peu rouge; quelques plaques sur l'amygdale gauche.

26 juin. Céphalée légère depuis hier.

28 juin. Hyperesthésie cutanée et musculaire a beaucoup augmenté. La pression des masses musculaires est très douloureuse et l'affleurage léger de la peau de l'abdomen détermine un réflexe très vif à ce niveau. Réflexes pupillaires, photomoteur et sensitif très vifs. La malade ne peut fixer un point sans une sensation de fatigue douloureuse. Mal de tête depuis deux à trois jours. Dépilation commençante. Les amygdales, surtout la gauche, sont exulcérées et couvertes de points blancs. Quel-

ques papules sont en train de naître çà et là à fleur de peau. On trouve toujours un petit bourrelet induré en arrière de la fourchette, mais il n'est pas sûr que ce soit là le reste de l'accident initial.

Depuis deux jours, prurit généralisé et vif ; on voit de-ci de-là quelques papules d'urticaire et la pression provoque aussi le relief urticaire en certains points. D'autre part, la *raie blanche* est très nette.

Le caractère est revenu à son état normal.

Les dernières règles remontent au 1^{er} juin.

20 juin. Le prurit est toujours vif et c'est la première fois que la malade en a. Le mal de tête a disparu hier. Il avait son maximum à droite et il s'était renforcé depuis l'ablation d'une dent de ce côté. Une dent gauche a été arrachée avant-hier.

3 juillet. Plus de prurit. Eruption franchement en voie de disparition. Les amygdales sont moins grosses et presque nettes. Sur la langue, hypertrophie des papilles fongiformes, en arrière où la langue est en même temps pileuse, en avant sur la pointe et en bas.

La céphalalgie sus-orbitaire qui avait disparu a reparu hier soir. Elle persiste ce matin, mais atténuée. Pas d'intervention dentaire depuis cinq jours.

6 juillet. Névralgies faciales du côté droit. L'examen de la mâchoire inférieure permet de constater que la dent de sagesse inférieure de ce côté est en voie d'évolution. La pression du point néo-dentaire est très douloureuse et à ce niveau les glandes molaires sous-muqueuses sont hypertrophiées. Amygdale droite est aussi très grosse ; la joue droite est peut-être un peu tuméfiée ; il y a adénite sterno-mastoïdienne de ce côté. Papulo-squames du tronc en pleine voie de régression.

8 juillet. Irritabilité nerveuse moindre ; prurit a diminué. Névralgie sus-orbitaire droite a rétrocedé elle aussi.

10 juillet. Douleur péri-orbitaire droite a presque disparu. Un peu de douleur de la région sous-maxillaire droite. Même état gingival et amygdalien. Règles continuent.

12 juillet. Règles sont terminées. Névralgie sous orbitaire droite a disparu. Sensibilité sous-maxillaire droite a diminué, mais la malade se plaint de sensibilité spontanée à la zone sous-claviculaire droite. Nervosisme général a beaucoup diminué ; sommeil calme, hyperesthésie paraît moindre. Urticarisme a disparu. Les réflexes ont perdu de leur vivacité.

13 juillet. Dans la nuit du 12 au 13, prurit sans origine alimentaire appréciable. Douleur costale droite encore accentuée. *Début du traitement.*

15 juillet. Douleur au niveau de l'extrémité antérieure de la 3^e côte droite persiste aussi vive. Encore un peu de prurit, surtout la nuit. Il semble qu'il y ait au niveau de la côte une légère tuméfaction. Dans la nuit et la matinée, diarrhée avec coliques. *Suppression du traitement.*

16 juillet. Persistance de la douleur costale; le prurit demeure, mais léger. Apparition d'une douleur légère au niveau du creux poplité.

17 juillet. Douleur costale a beaucoup diminué, mais il y a hyperesthésie musculaire dans le domaine du crural et du sciatique poplité interne des deux côtés, mais principalement à gauche. Gorge en bon état, bien que les amygdales soient encore un peu grosses. Nulle dysphagie. Pression des ganglions sous-maxillaires et mastoïdiens un peu douloureuse des deux côtés. Persistance de la diarrhée; pression du bas-ventre douloureuse.

19 juillet. Phénomènes sensitifs, dans leur ensemble, paraissent être calmés. Régime lacté.

20 juillet. Les règles, qui étaient apparues déjà au commencement du mois 8 et 10, mais très peu abondamment — à ce point que la malade s'imaginait être enceinte — sont réapparues hier très abondantes. En même temps, nervosité exagérée. Cependant, depuis hier après-midi, le prurit, les douleurs costales et crurales ont diminué nettement.

21 juillet. Disparition absolue du prurit. Sédation complète de la douleur de pression sur les troncs nerveux sus-mentionnés et sur les muscles. La sensibilité, au point costo-sternal droit, a disparu.

22 juillet. Pression des côtes supérieures encore douloureuse. Abdomen très sensible encore. Ulcération de la fourchette est complètement cicatrisée, mais la cicatrice en est très douloureuse à la pression et indurée. Bon état général.

23 juillet. Douleurs costales disparues. Prurit presque nul. Sommeil un peu agité. Règles persistent, mais commencent à diminuer.

24 juillet. Règles terminées. Un peu de malaise général. Une plaque linguale décapillée très nette. Légère amygdalite ulcéreuse à droite.

25 juillet. Malaise général a disparu. La plaque décapillée, située sur la face dorsale de la langue, à gauche du sillon médian et vers le tiers postérieur, persiste et la pression à son niveau décèle une légère induration douloureuse. *Statu quo amygdalien.*

26 juillet. *Traitement intensif.* Il y a de petites papules nouvelles, plissées et luisantes, au cou notamment.

27 juillet. Traitement bien supporté. Douleurs articulaires surtout le membre inférieur droit. Bon état général.

30 juillet. Depuis la disparition des règles, la leucorrhée a beaucoup augmenté (leucorrhée post-cataméniale). Douleurs dans tout le bas-ventre à droite, sensations douloureuses dans le domaine du sciatique et du crural surtout à droite. *Arrêt du traitement.* Lésions cutanées continuent de régresser. Arthralgie spontanée du genou droit beaucoup moindre.

2 août. Vive douleur dans la cuisse droite depuis la nuit dernière. Ce matin, la grande lèvres droite est très tuméfiée avec une floraison de papules érosives dans toute la région génitale et génito-anale surtout droite. Pression dans le bas-ventre très douloureuse des deux côtés mais surtout à gauche (toucher pratiqué par M. Siredey démontre l'existence d'une annexite double avec prédominance à gauche).

Ecoulement plus abondant que jamais.

Sensibilité à la pression des muscles et des nerfs de la cuisse est exquise à droite, beaucoup moins vive à gauche. Ces pressions ont éveillé des deux côtés, mais plus abondamment semble-t-il à droite, des saillies urticariennes péri-folliculaires.

La malade était toujours debout ces jours derniers et sans souffrir. *Reprise du traitement.* Les lésions de la sphère cervicale ont disparu. Repos au lit.

4 août. Pression de l'abdomen toujours douloureuse ainsi que celle de la cuisse et du creux poplité à droite surtout.

6 août. Douleurs un peu moins vives, mais diarrhée. *Suppression du traitement.*

7 août. Les douleurs crurales à la pression persistent, mais elles sont surtout réveillées par la pression d'un ganglion inguinal volumineux, bilatéral, très douloureux. Bon état général.

10 août. Douleurs des membres inférieurs ont diminué.

11 août. *Traitement.*

12 août. Traitement bien supporté. Bon état général. Douleurs bien moins vives.

14 août. Même état général et local. Diarrhée. Suppression du traitement.

20 septembre. Sort guérie.

OBSERVATION XXVI

Ulcère variqueux et spécifique. — Traitement intensif bien supporté. — Guérison assez rapide.

C..., soixante-trois ans, couturière. Entrée, le 10 octobre 1903, salle Rostan.

Fils de quarante-trois ans bien portant. Il y a quatorze ans perd son mari, mort de la poitrine après cinq ans de maladie. Reste à cette époque hospitalisée quatre mois à la Salpêtrière.

Antécédents personnels. — Aucun antécédent spécifique. Pas de fausses couches, de boutons, d'angine, ni de dépilation. A vingt-huit ans, variole et érysipèle. N'a jamais constaté de varices et n'a jamais souffert des jambes.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, petit point blanc douloureux au talon droit. En quatre ou cinq jours les jambes se tuméfient, deviennent douloureuses, brûlantes et prennent une teinte rouge. Suintement abondant. Entre à l'hôpital le 10 octobre.

Etat actuel. — Tuméfaction énorme et douloureuse des jambes remontant jusqu'à la racine de la cuisse. Rougeur diffuse; chaleur. Suintement abondant. Odeur horrible qui empoisonne la malade. Ulcérations cratériformes à la face antéro-interne des jambes. Bords circulaires taillés à pic. Traitement par des pulvérisations pendant cinq jours.

13 octobre. Amélioration très sensible.

18 octobre. Un abcès collecté est incisé.

23 octobre. Amélioration continue. Traitement intensif et emplâtre de Vigo. Amélioration incomplète.

40 novembre. Sort complètement guérie.

OBSERVATION XXVII

Syphilis. — Influencé du traitement dentaire sur des lésions buccales. — Ictère secondaire. — Traitement intensif. — Guérison d'une hyperostose frontale en quelques jours.

R..., vingt-quatre ans, journalière. Entrée, le 14 novembre 1906, salle Rostan.

Chancre ignoré.

Accidents secondaires. — Roséole typique, surtout localisée à l'abdomen. Céphalée assez violente, surtout le soir. Les maux de tête ont duré trois semaines. Pas d'alopécie. Pléiade ganglionnaire très nette à la région inguinale. Pas de plaques muqueuses buccales. Syphilides pigmentaires du cou.

La malade a fait, il y a quinze jours, une fausse couche de huit mois.

Traitement intensif commencé le 16 novembre 1906.

Inégalité pupillaire, mydriase à droite. Pas d'Argyll.

Après quatre jours, début de gingivite, au niveau d'ulcérations spécifiques, dans le repli gingivo-génien surtout *droit*.

Elle sort de l'hôpital en plein traitement.

Elle rentre à l'hôpital quinze jours après, avec plaques muqueuses buccales. Celles-ci sont surtout localisées dans le sillon gingivo-génien *droit*, elles encapuchonnent la dent de sagesse qui disparaît presque sous un bourgeon charnu ; de plus, on remarque que la deuxième incisive inférieure est placée de champ et que la gencive dans toute la région antérieure, mais surtout au niveau de la dent enflammée, est très tuméfiée, formant une sorte de bourrelet.

Le 15 décembre, on enlève l'incisive et la 2^e molaire *gauche*.

Examinée le 18 décembre, on constate une amélioration notable dans l'état de la bouche. Il reste une légère fluxion due certainement à l'avulsion de la dent.

Légère alopécie *sourcilière gauche*. Il y avait eu odontalgie assez vive partie de la 2^e molaire *inférieure gauche* et très diminuée, même avant son extraction.

Sans aucun traitement local ni général, la régression des ulcérations

gingivo-géniennes continue assez rapidement; nulle douleur de mastication; la céphalée existe encore mais très atténuée.

26 décembre. Même état; les lésions gingivales continuent leur régression. Il ne reste plus qu'un bourrelet gingival dans le cul-de-sac *gingivo-génien droit*, surplombant la 3^e molaire et se recouvrant d'un épithélium blanc opalin. Quelques arthralgies vagues dans les membres. Bon état général.

28 décembre. Amélioration buccale a continué. La gingivite *rétro-molaire droite* est absolument épidermée en blanc opalin et sa banalité objective est parfaite. Quelques élancements à la nuque du *côté droit*.

31 décembre. Il ne reste plus qu'un vestige de la lésion rétro-molaire; il n'y a plus qu'un léger bourrelet surplombant simplement la dent sans la recouvrir.

7 janvier 1907. Accident gingival tout à fait guéri. Les deux conjonctives bulbaires, *surtout la gauche*, sont injectées sans symptômes iriens. Les papilles de la base de la langue ont nettement le type coloré (*langue noire parasitaire*). Teint subictérique évident. Troubles gastriques, constipation, anorexie, nausées, démangeaisons; on assiste évidemment au début d'un ictère secondaire. Foie petit, sensible; pas de bradycardie.

8 janvier. La teinte ictérique est très nette aujourd'hui; les téguments eux-mêmes sont colorés. Urines ictériques, selles non décolorées; mêmes symptômes gastriques.

9 janvier. Depuis sept ou huit jours, perte d'appétit, douleur d'estomac. Ictère s'accroît; pression très légèrement sensible au creux épigastrique. La conjonctivite bulbaire, surtout à gauche et surtout interne, s'est un peu accentuée. Pas de fièvre; l'anorexie disparaît. Quand l'ictère a été reconnu, la malade était au régime lacté depuis trois à quatre jours.

14 janvier. Souffre toujours un peu de l'estomac. Accuse un certain degré de surdité; lavages d'oreille à eau glycinée.

16 janvier. Amélioration de la surdité (issue de bouchons de cérumen). Selles décolorées. Bradycardie légère. Conjonctivite très améliorée. Hyperémie a disparu presque complètement.

Régime lacté n'a été observé que deux à trois jours. Depuis le 10

janvier, ne boit que fort peu de lait et prend du bouillon et des légumes. Encore une très légère gastralgie hier et avant-hier.

18 janvier. Crise urinaire ayant porté de un litre à deux litres la quantité d'urines, qui se sont beaucoup éclaircies; ictère a beaucoup pâli. Un peu de gingivite du cul-de-sac *rétro-molaire gauche* datant d'hier, c'est-à-dire deux jours après suspension de 2 centigrammes de calomel. Un peu de salivation hier également.

23 janvier. Amélioration se continue; les signes de stomatite n'ont pas augmenté. Taux moyen des urines, 2.000 à 2.250 grammes environ. Ictère a presque disparu. Fèces sont recolorées.

26 janvier. Ictère à peu près guéri. Depuis quelques jours, sensibilité de la *région frontale gauche* au niveau de la *bosse gauche*. On reconnaît ce matin un petit mamelon osseux sensible. *Début du traitement intensif.*

28 janvier. Traitement complet fait les 25, 26, 27 bien supporté. Mamelon osseux a presque disparu. Sensibilité persiste. Très bon état. *Traitement suspendu.*

30 janvier. Stomatite légère; aucun autre phénomène.

31 janvier. Mamelon osseux n'est plus perceptible qu'à grand'peine. Sensibilité y est très atténuée; encore un peu de rougeur du bourrelet rétro-molaire inférieur gauche.

2 février. Malade sort en assez bon état.

27 avril. Vue en très bon état. Syphilide pigmentaire cervicale des plus nettes. Apparition d'un groupe zostérien sur le thorax.

OBSERVATION XXVIII

Hémiplégie et aphasie. — Traitement mercuriel intensif. — Guérison.

W..., cinquante-six ans, journalier. Entré, le 21 novembre 1905, salle Broussais.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de maladie inconnue. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Marié, femme morte de la poitrine. Un seul fils en bonne santé. Pas de syphilis. Pas de stigmates.

Histoire de la maladie. — Début, la veille de l'observation, le malade a été vu entièrement paralysé du côté droit.

Etat actuel (25 novembre) :

Motilité. — Paralysie des membres supérieur et inférieur droits; la paralysie n'est pas complète et il y a un peu de contracture. Réflexes patellaires exagérés des deux côtés, surtout du côté hémiplégié. Clonus du pied existe des deux côtés, mais beaucoup plus marqué à droite. Pas de déviation conjugée de la tête et des yeux.

Sensibilité. — Hyperesthésie cutanée de tout le côté droit. Le malade ne semble pas comprendre toutes les questions qu'on lui pose. Aphasie; il ne répond que par oui à toutes les questions qu'on lui demande. Incontinence des matières fécales et des urines.

22 novembre. *Traitement intensif*; le lavement, qui ne serait pas gardé, est remplacé par 1 centimètre cube en plus de biiodure.

26 novembre. *Traitement bien supporté*; on arrête aujourd'hui sans incidents. Amélioration; aphasie moins complète; malade commence à parler mais indistinctement. Motilité revient peu à peu; il remue la main.

28 novembre. Amélioration continue.

4 décembre. *Traitement est repris.*

7 décembre. *Traitement suspendu* hier à cause de diarrhée.

13 décembre. Le malade peut mettre la main sur sa tête, il parle bien.

28 décembre. Il peut lever complètement le bras; les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'élévation du bras sont maintenant tous possibles, mais ils se font sans force. Le malade peut à peine serrer la main. Le membre inférieur a recouvré aussi sa motilité; la jambe et la cuisse peuvent être fléchies et étendues volontairement. Ces mouvements se font avec encore moins de vigueur qu'au membre supérieur.

29 décembre. *Reprise du traitement.*

2 janvier. *Arrêt du traitement*, la période de cinq jours étant terminée. Amélioration a continué.

1^{er} février. Le *traitement* a été repris le 7 janvier pendant trois jours, puis le 18 pendant quatre jours, enfin le 29 et arrêté aujourd'hui à cause d'une légère stomatite.

Actuellement, la *motilité* est presque entièrement revenue ; le malade peut se lever et même marcher ; il peut se servir de sa main même pour écrire. Il y a simplement un peu moins de force du côté droit.

Sensibilité. — Légère hyposthésie cutanée du côté droit. La sensibilité profonde par le pincement des masses musculaires se révèle, mais moins forte que du côté gauche.

Aphasie. — Le malade parle presque tout à fait d'une façon normale, avec seulement un peu d'hésitation. Il reconnaît bien tous les objets qu'on lui présente.

Réflexes patellaires encore exagérés, surtout à droite. Encore du clonus net. Réflexes pupillaires normaux.

Avril 1906. Le malade sort, parlant bien (il scande encore un peu), marchant et se promenant (quoique peu solide sur ses jambes). Réflexe rotulien un peu exagéré à droite.

OBSERVATION XXIX

Syphilis. — Ulcération de la fourchette. — Roséole, céphalée, plaques amygdaliennes. — Traitement intensif. — Guérison.

Marguerite B..., dix-sept ans. Entrée, le 10 juillet 1905, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants en bonne santé. Un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à onze ans. Règles normales depuis. Jamais de fausses couches. Fièvre typhoïde à cinq ans. Scarlatine à neuf ans. Chorée à douze ans.

Mai 1905. Au commencement du mois, douleurs en urinant durant jusque vers le 15, sans autre symptôme.

Fin mai. Apparition sur la face interne de la fourchette d'un petit bouton très prurigineux qui s'écorche ensuite et forme une ulcération suintante s'étendant rapidement et atteignant la surface d'un haricot et siège de douleurs aiguës et continues. Pas d'adénopathie. En même temps, céphalées violentes, continues, diurnes et nocturnes. Nullé altération du caractère.

Juin. Même état. Persistance des céphalées et de l'ulcération. Apparition d'une dépilation diffuse, abondante. Pas d'insomnie. Pas de

maux de gorge. Pas d'adénopathie. Pas d'éruption. Continuation d'un bon état général. Caractère toujours égal, pas d'irritabilité.

10 juillet. Le même état de la lésion vulvaire persistant, les troubles fonctionnels restant les mêmes, des douleurs abdominales gastriques s'y étant ajoutées, la malade entre dans le service.

Etat actuel (11 juillet). — Bon état général. Bon appétit; bon sommeil, mais plus agité que précédemment. Céphalée vive persistant jour et nuit. La malade se plaint d'être très énervée à certains moments. Dépilation diffuse. Sur le tronc, pas d'éruption. Dans la gorge, nulle ulcération, mais rougeur diffuse sans dysphagie. Réflexes patellaires exagérés.

Sensibilité : Hyperesthésie cutanée et musculaire généralisée, mais prédominant à droite.

Adénopathie inguinale, droite surtout.

Sur *la face interne de la fourchette*, ulcération de 1 centimètre environ indurée.

16 juillet. Bon état général. La bouche est mise en état. Céphalée persistante.

24 juillet. Début de l'apparition d'une éruption (roséole ou papules?) Céphalée persiste avec maximum péri-orbitaire droit. Adénopathie sous-maxillaire surtout droite.

25 juillet. *Statu quo* de l'éruption. Ulcération de la fourchette persiste, mais en partie cicatrisée; à son niveau, induration assez étendue. La lésion est douloureuse et saigne facilement.

25 juillet. Il y a indubitablement des éléments de syphilides psoriasiformes encore jeunes en pleine voie d'évolution. *Statu quo* de l'état général.

31 juillet. Gorge un peu rouge, mais non ulcérée. Un peu de dysphagie. Petite ulcération de la commissure labiale gauche. Bon état général.

2 août. La dysphagie a augmenté. Gorge rouge, mais non nettement exulcérée.

4 août. Persistance de quelques éléments roséoliques sur le tronc et de quelques papules jambonnées sur les cuisses. La dysphagie existe toujours et la gorge est rouge, granuleuse, mais non ulcéreuse.

6 août. Il semble que les éléments roséoliques soient plus abondants.

Dysphagie persistante. L'examen de la gorge permet de voir le pôle supérieur de l'amygdale gauche ulcéré et l'amygdale droite tuméfiée et grisâtre. Bon état général.

9 août. *Traitement intensif*. Dysphagie persistante; quelques plaques ulcéreuses sur l'amygdale gauche. Eléments roséoliques persistants, mais toujours rares sur le tronc. Papules jambonnées, jaunissantes, sur la face postérieure des cuisses. Bon état général.

12 août. *Statu quo*. Traitement bien supporté.

13 août. Traitement suspendu; diarrhée; bon état général. Les papules sont presque effacées, mais les grandes lèvres sont encore un peu tuméfiées et exulcérées légèrement. Amygdales sont rouges, mais ne paraissent plus ulcérées.

18 août. Amélioration des ulcérations vulvaires. Roséole a complètement disparu.

23 août. Reprise du traitement. Les ulcérations des grandes lèvres sont presque complètement cicatrisées. C'est le seul accident qui persiste.

27 août. Arrêt du traitement pour diarrhée et salivation légère.

4 septembre. Reprise du traitement. La tuméfaction et les ulcérations des grandes lèvres ont disparu.

6 septembre. Traitement bien supporté.

8 septembre. Malade sort de l'hôpital. Bon état général. Lésions ulcératives disparues. Encore quelques rares éléments papuleux très pâles sur la face postérieure des cuisses. Nervosisme a nettement rétro-cédé et la malade est calme. Réflexes normaux.

OBSERVATION XXX

Syphilis. — Chancre: novembre 1904. — Actuellement: série d'accidents secondaires. — Nervosité extrême. — Traitement intensif. — Amélioration peu appréciable.

J..., vingt-quatre ans. Entrée, le 23 mai, salle Rostan.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de fluxion de poitrine. Père mort à soixante-huit ans, de ramollissement cérébral. Trois frères et trois sœurs bien portants. Un mort à trois ans, de convulsions.

Antécédents personnels. — Mariée pendant huit ans. Mari mort de tuberculose il y a huit jours; était alcoolique et syphilitique. Jamais de grossesse. Pas de maladie jusqu'en 1904.

1904 (fin décembre). Maux de gorge. Malaise général. Céphalées, étourdissements. Douleur en urinant. Rougeurs sur le tronc et les bras. Rien aux organes génitaux externes.

Janvier 1905. Apparition de deux petits boutons sur les grandes lèvres, soulevés, prurigineux. Maux de gorge persistants. Céphalée. Pas de dépilation. Rougeurs sur le corps, les bras et les jambes. Pas de traitement. Depuis ce temps, pas d'amélioration.

17 mai. Malade vient à la consultation pour mal de gorge et boutons aux grandes lèvres. Sur la face interne des grandes lèvres, petite ulcération, légèrement saillante, non indurée. Face interne des amygdales, plaques muqueuses en voie de régression.

23 mai. Revient à la consultation; elle entre à l'hôpital.

26 mai. Aujourd'hui, gorge rouge; amygdales tuméfiées, couvertes de plaques muqueuses. Syphilis pigmentaire du cou. Dépilation diffuse intense. Adénopathie inguinale bilatérale. Pas d'adénopathie sous-maxillaire. Céphalée nocturne. Insomnie. Nervosité extrême. Depuis le 17 mai, la malade a été traitée par attouchements à la teinture d'iode et deux pilules de protoiodure. Maux d'estomac et nausées.

29 mai. *Traitement intensif.*

31 mai. Un peu de diarrhée.

5 juin. Gorge complètement nettoyée. Amygdales moins tuméfiées. Dysphagie a disparu. Dépilation serait moindre, mais cependant encore importante et le cuir chevelu paraît sensible. Exaltation du système nerveux est moindre. *Suspension du traitement.* Gingivite, bien que la bouche soit en bon état.

9 juin. Amélioration s'est accentuée. Légère névralgie costale gauche. *Reprise du traitement.*

12 juin. Lésions de la gorge et syphilide pigmentaire ont régressé. Insomnie, céphalée persistent. Malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XXXI

Syphilis. — Chancre labial. — Reviviscence chancreuse. — Traitement intensif. —
Guérison rapide du chancre sans traitement local.

M..., vingt-deux ans, domestique. Entrée à l'hôpital le 18 mars.

Chancre datant de deux mois, siégeant à la commissure labiale gauche, de la grandeur d'une pièce de 1 franc environ. Adénopathie sus-hyoïdienne et latérale gauche importante.

Accidents secondaires. — Céphalée le soir depuis quatre semaines, parfois plusieurs jours consécutifs. Aucune céphalée depuis huit jours. Roséole datant de trois semaines. Pas de dépilation.

Antécédents héréditaires. — Parents inconnus.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves dans l'enfance ou l'adolescence.

Vie génitale : Régée à dix-sept ans. Toujours mal réglée depuis. Année dernière a eu un retard de trois mois, suivi d'hémorragie avec caillots, accompagnée de douleurs, ayant cessé sous l'influence du repos au bout de quinze jours, sans fièvre. Fausse couche probable. Depuis, à peu près bien réglée, sans douleurs, sans pertes blanches. Pas de grossesse.

Appareil digestif : Bon appétit, digère bien ; constipation habituelle.

Alcoolisme léger (un litre de vin et alcools variés chaque jour ces derniers mois).

Bon état de la bouche.

Etat actuel. — Chancre de la commissure ulcéré, douloureux au contact, induré ; adénopathie à gauche. Roséole en pleine activité ayant gagné la face.

Organes génitaux : Plaque muqueuse sur le capuchon clitoridien et dans la région anale. Adénopathie inguinale double. Leucorrhée abondante. Cæcum et S iliaque bourrés de matières fécales, sensibles à la palpation. Pas de selle depuis trois jours.

23 mars. Même état des lésions locales ; une selle après lavement hier ; pas de douleur dans le ventre ; roséole persiste dans le même état ; un peu de céphalée avant-hier et hier soir.

25 mars. Même état des lésions vulvaires; le chancre labial semble avoir une légère reviviscence; douleur dans la gorge à *gauche* hier.

26 mars. Traitement intensif commencé ce matin.

27 mars. Céphalée assez vive hier soir pendant une heure. Continuation du traitement; pas de diarrhée ni de stomatite.

28 mars. Céphalée a disparu. Roséole papuleuse généralisée; lésions vulvaires toujours prurigineuses.

29 mars. Les lésions vulvaires sont moins prurigineuses. Même état de la roséole; pas de stomatite ni de diarrhée.

30 mars. Léger point de gingivite; arrêt du traitement après quatre jours; les lésions génitales vont beaucoup mieux; la roséole a diminué.

2 avril. Chancre est presque guéri; l'adénopathie sous-maxillaire très améliorée; la roséole a presque totalement disparu; il n'y a plus trace de la plaque muqueuse du clitoris. La gingivite a cessé.

5 avril. Traitement intensif commencé ce matin.

6 avril. Continuation du traitement. Tout va bien.

7-8 avril. Continuation du traitement.

9 avril. Dernier jour de traitement. Un peu de gingivite au niveau de la 2^e molaire inférieure droite; toutes les lésions spécifiques sont à peu près guéries; il n'y a que des traces de roséole.

12 avril. Gingivite va beaucoup mieux. Il n'y a pas eu la moindre diarrhée.

13 avril. La malade sort de l'hôpital.

Etat à la sortie : Il ne persiste plus que de la rougeur à la place du chancre. Il n'y a plus une seule plaque muqueuse. Très bon état général.

OBSERVATION XXXII

Syphilis. — Chancre labial. — Roséole de retour. — Hyperostoses. — Trois périodes de traitement intensif sans résultat très appréciable.

G..., vingt et un ans, employée de commerce. Entrée, le 14 mai 1903, salle Rostan, service de M. le Dr Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père, quarante et un ans, tousse, a eu une pleurésie. Mère, quarante-quatre ans, bien portante. Un frère et deux sœurs vivants, bien portants.

Antécédents personnels. — Non mariée. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Pas d'alcoolisme. N'a jamais été malade. Très amaigrie vers quatorze ans, obligée de prendre du repos chez elle pendant trois mois.

Avril 1903. Quinze jours avant Pâques, apparition, au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, de « grosseurs » indolores, grosses comme des billes. Les jours suivants, pas d'amélioration. Des grosseurs semblables aux premières ont envahi toute la région sus-hyoïdienne.

Quelques jours avant Pâques, apparition sur la ligne médiane de la lèvre supérieure d'une fissure linéaire à direction antéro-postérieure, indolore, mais gênante, rendant certains mouvements des lèvres difficiles, comme le rire, et laissant suinter un peu de sang à l'occasion de ces mouvements. Cette fissure se recouvrait au repos d'une légère pellicule que la malade écorchait fréquemment.

Quelques jours après Pâques, la fissure s'étend latéralement et la malade va trouver le médecin de sa maison, qui lui recommande de mettre de la vaseline sur la plaie et de prendre un sirop à l'iode de potassium, des pilules (deux par jour, « comme des grains de poivre ») et de se gargariser avec du chlorate de potasse.

Les lésions continuant à s'étendre, la malade va voir un autre médecin, qui lui donne à prendre des cachets (deux par jour).

Pendant tout ce temps, aucun trouble (ni céphalée, ni éruption), si ce n'est un très léger mal de gorge.

Elle vient à la consultation et entre à l'hôpital le 14 mai.

18 mai. Sur la lèvre supérieure, chancre de la surface de 1 franc environ, ovalaire, à grand axe antéro-postérieur, bords éversés en haut surtout, où il déborde légèrement la muqueuse pour empiéter un peu sur la peau. La surface du chancre est bombée, très rouge, un peu cruentée et ombiliquée vers le centre. Indolence absolue.

Pléiades ganglionnaires. — Le long de la face interne des branches du maxillaire inférieur, dans la région sus-hyoïdienne médiane et le long des sterno-cléido-mastoïdiens, ganglions les uns gros comme des noisettes, les autres moins, indolores, sauf ceux de la région sous-maxillaire droite, légèrement douloureux. Peau normale à leur niveau. Pas de ganglions inguinaux.

Pas de céphalée. Pas de dépilation. Gorge rouge. Lèvre inférieure : petite plaque sur la ligne médiane. Roséole. Dents : râtelier sur l'arcade inférieure. Gingivite. Sensibilité normale. Réflexes un peu vifs.

21 mai. Très bon état général. Quelques éléments de roséole. Amygdales rouges, tuméfiées, pas de dysphagie. Hyperexcitabilité musculaire notable.

23 mai. *Statu quo* éruptif ou peu s'en faut. Roséole très pauvre et très pâle. Quelques éléments papulo-squameux pauvres aussi. Bon état général. Le chancre forme un énorme champignon avec dépression médiane et éversion périphérique formant un véritable ectropion de la lèvre supérieure.

30 mai. Ponction de la médiane basilique du bras gauche.

31 mai. Chancre labial est plus champignonné que jamais. Ecllosion de plaques muqueuses, labiales et linguales. Poussée de syphilides cutanées. Angine spécifique est intense surtout à droite où l'amygdale est très tuméfiée. Il y a plusieurs foyers de lésions dentaires en haut, à droite ; en bas, à gauche. Etat général très bon. Pas de dépilation. Les deux dents de sagesse inférieures sont en voie d'évolution, car la gencive à leur niveau est tuméfiée.

2 juin. Depuis le 30, la malade souffre de la face dorsale du bras gauche et le soir de ce même jour, légère ascension de température.

Aujourd'hui, la face dorsale de ce bras est tuméfiée en masse et très douloureuse. Sur le frontal gauche, au-dessus de l'angle interne de l'œil, tuméfaction dépendant nettement de l'os et douloureuse à la palpation profonde.

3 juin. Tuméfaction très douloureuse de la partie moyenne de la face antéro-interne de la jambe gauche, avec rougeur des téguments à ce niveau. Température, 37°5. Bras, jambe, toujours tuméfiés et douloureux.

5 juin. Gorge très rouge. Amygdales très tuméfiées surtout à droite. Tuméfaction de la face dorsale du bras gauche a presque complètement disparu et est devenue indolore. Celle de la partie moyenne de la face antéro-interne de la jambe gauche a beaucoup diminué ; la douleur à son niveau est bien amoindrie et les téguments sous-jacents présentent un aspect légèrement ecchymotique. Le frontal est toujours tuméfié et douloureux, mais la tuméfaction s'est étendue à droite.

Le chancre depuis quelques jours est assez douloureux.

Sur la face interne et un peu au-dessous de l'épitrachée, petite tuméfaction limitée, sous-cutanée, mobile, très douloureuse, rappelant assez exactement la forme et le volume d'un noyau de datte.

Tous ces accidents coïncident avec l'apparition de règles normales ayant débuté le 2 juin et durant encore.

7 juin. La céphalée, tant diurne que nocturne, était très forte depuis quelques jours, mais soulagée par l'antipyrine. L'appétit depuis cinq jours a fléchi. Les hyperostoses frontales et tibiales sont encore douloureuses mais moins. L'éruption dans ces derniers jours s'est certainement accrue. Chancre commence à entrer en résolution. La petite tuméfaction épitrochléenne droite est sensiblement la même, mais plus nettement limitée; la peau à son niveau est moins rouge. La bouche n'est pas encore complètement réparée. Pas de dépilation.

9 juin. Eruption cutanée semble entrer en régression et il ne semble pas s'être fait de foyers nouveaux. Les foyers de périostose frontale sont beaucoup moins douloureux et, au centre de celui de droite qui paraissait très régulièrement en forme de coupole plate, on voit un petit mamelon osseux irrégulier. La céphalée frontale persiste et s'éveille le soir mais ne trouble pas le sommeil.

12 juin. Bon appétit et bon sommeil depuis trois jours. Il semble que les petits mamelons osseux frontaux se soient atténués. L'éruption papulo-squameuse est en voie de régression très marquée. La lésion labiale s'est très nettement aplatie. Bouche en bon état.

16 juin. Le noyau inflammatoire constaté au-dessous de l'épitrochlée droite a beaucoup diminué et on le sent nettement en continuité avec un cordon qui descend de l'épitrochlée sur le bord postéro-interne de l'avant-bras où il se perd. Nervef ou lymphatique? Névrite ou lymphangite? Aucun trouble de sensibilité cutanée appréciable. Eruption est presque éteinte. Etat général très bon. Amygdales sont ulcérées sur leur face interne sans dysphagie. Dépilation diffuse semble commencer.

19 juin. Mamelons osseux ont presque complètement disparu et il faut une grande attention pour en retrouver les vestiges. Ulcère dorsal de la langue en bonne voie de régression. La gencive, aux points traités par le dentiste, est tuméfiée et ulcéreuse. Les amygdales plutôt moins grosses sont ulcéreuses et il n'y a cependant nulle dysphagie depuis déjà quinze jours. L'éruption papulo-squameuse a presque disparu. Système nerveux est calme. Réflexes patellaires qui ont été viés sont normaux.

20 juin. *Traitement intensif complet.*

26 juin. Traitement bien supporté. Bon état général. Langue présente trois ou quatre petites zones d'abrasion épithéliale. Eruption dans le *statu quo*. Règles survenues depuis hier, en avance de quelques jours. Pas de dépilation. Toute trace d'exostose semble avoir disparu. Amygdales toujours ulcérées, plutôt moins grosses et plus pâles et couvertes d'un exsudat diphtéroïde.

27 juin. *Suppression du traitement à partir de demain*. Amélioration a continué sur toute la ligne. Amygdales sont nettes, mais les parties abrasées de la langue ont fusionné irrégulièrement. Nous notons à 1 centimètre environ du V lingual, contigu au sillon médian, un îlot fibreux avec à peu près à son centre une grosse papille fongiforme tuméfiée. Chancre régresse lentement mais progressivement.

30 juin. Chancre presque entièrement cicatrisé. Les villosités épithéliales constituant l'îlot sus-indiqué ont à peu près complètement disparu et sont remplacées par une petite aire dépapillée. La papille, fongiforme, est très volumineuse et peut-être plus pâle.

3 juillet. Bon état général. Régression du chancre continue. *Statu quo* de la langue et des papilles.

5 juillet. Chancre est cicatrisé, mais non encore complètement effacé et on sent encore une induration. Papulo-squames cutanées en pleine voie de régression. De chaque côté de la lnette, deux petits mamelons symétriques.

6 juillet. *Reprise du traitement à partir de demain* (une pilule et une demi-injection en supplément).

8 juillet. Traitement bien supporté. Papulo-squames qui ont complètement disparu sur le tronc sont en train de régresser franchement sur les jambes. Gorge un peu rouge, ainsi que les gencives inférieures en arrière de la 2^e molaire. La pression des points néo-dentaires correspondants est très douloureuse et il est probable que les dents de sagesse inférieures sont en voie d'évolution.

10 juillet. *Traitement bien supporté*. Amygdales, surtout la droite, franchement ulcéreuses. *Statu quo* pour le reste. Suite de la régression de l'éruption.

12 juillet. Amygdales presque complètement nettoyées ; Fourlet fin du pilier antérieur droit persiste, mais atténué. L'îlot lingual sus-mentionné (27-30-3) n'est plus perceptible. On voit en avant du V lingual

un assez grand nombre de papilles fongiformes hypertrophiées plus ou moins cachées par les filaments épidermiques à peu près régulièrement répartis.

14 juillet. Traitement suspendu pour diarrhée légère.

15 juillet. L'ourlet épithélial fin est tombé, laissant le bord du pilier antérieur légèrement festonné. La base de la langue est maintenant normale.

17 juillet. Très bon état. Règles en avance de quelques jours (?). Diarrhée à peu près terminée.

19 juillet. *Reprise du traitement.*

21 juillet. Très bon état; l'induration chancreuse du lobule labial médian persiste encore, mais très atténuée. Amygdales nettes.

24 juillet. *Traitement suspendu pour un peu de diarrhée.* Il semble qu'il se soit fait sur l'abdomen de *vagues* taches érythémateuses récentes (roséole de retour fruste). Le gazon épidermique lingual semble aussi plus épais et plus coloré que ces jours derniers et on y voit çà et là quelques clairières qui paraissent nouvelles. Très bon état pour le reste.

25 juillet. Eruption roséolique sus-indiquée a plutôt diminué.

27 juillet. Eruption roséolique a disparu. *Statu quo* de l'état général.

31 juillet. La cicatrice du chancre persiste toujours indurée et permettant encore de faire le diagnostic. Mamelons péristaphylins toujours existants. Très bon état général. Système nerveux calme. Il existe toujours sans trace d'altération épithéliale, ni d'érosion quelconque, un petit plateau légèrement ourlé du milieu de la lèvre supérieure et qui, à l'œil comme au doigt, permettrait encore de faire le diagnostic de sclérose initiale. Glandes sous-maxillaires et sous-mentonnières petites mais persistantes. Plus trace des exostoses tibiales ni frontales. Le petit cordon du coude droit a complètement disparu, mais on sent très nettement le ganglion épitrochléen. Pas trace de lésion en activité. La malade sort de l'hôpital.

4 décembre. Revenue avec une éruption érythémateuse et pruritique, légère d'ailleurs, des deux avant-bras. Diagnostic ?

S'est très bien portée depuis sa sortie (1^{er} août). Nulle manifestation spécifique ni depuis ni actuellement. Traitement nul depuis sa sortie. On lui ordonne des pilules de protoiodure de mercure.

CONCLUSIONS

1° Le traitement *intensif, plurimercureiel et discontinu*, introduit dans l'organisme des quantités de mercure supérieures à celles qui ont jusqu'ici été employées. Cette quantité totale de mercure est introduite par plusieurs voies d'apport (voie digestive, gastrique et rectale ; — voie cutanée ; — voie sous-cutanée).

Elle est constituée par quatre préparations diverses reconnues comme étant parmi les plus efficaces : le protoiodure, le biiodure, le bichlorure et le mercure en nature.

2° Cette haute dose est donnée systématiquement en de brèves périodes (quatre à cinq jours en moyenne), séparées par des pauses plus longues (huit à dix jours en moyenne).

3° Ainsi administrées, ces hautes doses sont très bien supportées par l'organisme et les accidents d'intoxication ne semblent pas dépasser ceux des méthodes classiques courantes.

4° L'efficacité et la rapidité d'action sont incontestables et paraissent à certains égards supérieures à celles des modes ordinaires de traitement.

5° Ce mode de traitement est donc indiqué dans les cas graves et urgents ; mais il ne paraît pas indispensable dans les cas moyens ; c'est là une méthode d'exception.

6° Sa valeur *abortive*, pas plus que sa valeur *préventive*, ne peuvent être encore exactement appréciées.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

W. DUBREUILH.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 17 juin 1907.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Sur les doses maxima de mercure injectable. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, février 1904.
- AUJEAN. — Du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis. Thèse de Paris 1903.
- BALZER. — Les injections mercurielles. Congrès de médecine 1904.
- BARREYRE. — Des accidents consécutifs aux injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. Thèse de Paris 1896.
- BARTHÉLEMY, LAFAY, LEVY-BING. — Dose efficace moyenne journalière de quelques injections mercurielles solubles. *Presse médicale*, août 1902. *La Syphilis*, janvier 1904.
- BARTHÉLEMY et LEVY-BING. — Des accidents dus aux injections de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1902.
- BURET. — *Progrès médical*, 1900.
- La syphilis d'aujourd'hui et chez les Anciens. Paris, 1890.
- Le gros mal du moyen âge et la syphilis actuelle. Paris, 1894.
- BOUCHARD. — *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1902, n° 1.
- CARLE et BOULUD. — *Annales de dermatologie*, février 1904.
- COFFIN. — Les différents modes d'administration du mercure dans la syphilis. *Gaz. hebd. de médecine*, 1894.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis.
- DUHOT. — *Annales de la Polyclinique centrale de Bruxelles*, 1904.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris, 1873 et 1884.
- Traitement de la syphilis, 1902.
- Du choix du traitement mercuriel. *Semaine médicale*, 1877.
- GAUCHER. — Traitement de la syphilis. *Monographies cliniques*, n° 41.

- JULLIEN. — Des effets abortifs du traitement mercuriel intensif et précoce sur l'évolution de la syphilis. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1894.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis; 2^e édition. Paris, 1874.
- LEREDDE. — La question des doses de mercure dans le traitement mercuriel intensif. *Journal des praticiens*, février 1903.
- MALAFOSSE. — Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1903.
- MERGET. — Thèse de Bordeaux 1888.
- NICOLSKY. — *La Syphilis*, juillet 1904.
- POUCHET. — Absorption et dissémination des composés mercuriels dans l'organisme. Société de thérapeutique, 23 avril 1902.
- PROKHOROV. — Traitement de la syphilis par les injections de biiodure à doses massives. *Semaine médicale*, 1899.
- THIROLOIX. — Traitement de la syphilis par les injections mercurielles massives. *Concours médical*, 1893.

